

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА СТРАТЕГІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ

ФАКУЛЬТЕТ КУЛЬТУРОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ, ПЕДАГОГІКИ ТА ФІЛОЛОГІЇ

ВОЄННА ПСИХОЛОГІЯ: КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

Галузь знань – С. Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність – С4. Психологія

Освітньо-професійна програма – Психологія

Рівень вищої освіти – перший (бакалаврський)

Харків, 2025

УДК 159:355.01](042.4)

В63

Друкується за рішенням науково-методичної ради ХДАК
(протокол № 13 від 15 квітня 2025 р.)

Рецензенти:

Большакова А.М., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології, педагогіки та філології ХДАК.

Кислий В.Д., кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології та педагогіки ХНУПС імені Івана Кожедуба.

Укладач:

Приходько Д.П., кандидат психологічних наук, доцент

Воєнна психологія : конспект лекцій для здобувачів першого
В63 (бакалавр.) освітнього рівня вищої освіти, спец. "Психологія" / М-во культури та стратегічн. комунікацій України, Харків. держ. акад. культури, Ф-т культурології та соціальних комунікацій, Каф. психології, педагогіки та філології ; [уклад. Д.П. Приходько]. Харків: ХДАК, 2025. 158 с.

«Воєнна психологія: конспект лекцій» призначений для підготовки бакалаврів зі спеціальності «С4. Психологія», для яких вона є професійно значущою дисципліною. Матеріали конспекту лекцій спрямовані на забезпечення набуття здобувачами вищої освіти ключових фахових компетентностей з психології воєнного часу, особливостей впливу негативних факторів сучасної війни на функціонування психіки цивільного населення та військових; ознайомлення з особливостями професійної діяльності військовослужбовців; забезпечення теоретичної та практичної підготовки майбутніх психологів.

У конспекті лекцій представлені основні розділи воєнної психології, які описують становлення і розвиток психології воєнного часу, вплив негативних психологічних факторів, травмуючі ситуації та їх психологічні наслідки, гострий і посттравматичний стресові розлади, девіантну поведінку та їх профілактику, екстрену психологічну допомогу, морально-психологічне забезпечення та вплив, психологічну реабілітацію військовослужбовців і цивільного населення, які отримали психічні травми внаслідок бойових дій.

УДК 159:355.01](042.4)

© ХДАК, 2025 рік
© Приходько Д.П., 2025 рік

ВОЄННА ПСИХОЛОГІЯ: КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

ЗМІСТ

Тема 1. Психологія воєнного часу.....	3
Тема 2. Військова психологія.....	13
Тема 3. Травмуючі ситуації під час війни та їх психологічні наслідки.....	25
Тема 4. Гострий і посттравматичний стресові розлади під час війни та їх психологічні наслідки.....	40
Тема 5. Профілактика розвитку посттравматичного стресу.....	52
Тема 6. Екстрена психологічна допомога в екстремальних ситуаціях.....	72
Тема 7. Девіантна поведінка особистості під час війни.....	86
Тема 8. Вплив бойової діяльності на психіку військовослужбовців.....	99
Тема 9. Морально-психологічне забезпечення та вплив на особовий склад Збройних Сил України.....	118
Тема 10. Психологічна реабілітація військовослужбовців, які отримали психічні травми внаслідок бойових дій.....	140

Тема 1. Психологія воєнного часу.

- 1. Сучасна війна та психіка людини.*
- 2. Стресори воєнного часу.*
- 3. Психічні стани воєнного часу.*
- 4. Психологічні наслідки війни.*

1. Сучасна війна та психіка людини.

Війна супроводжувала людство на всіх етапах його існування. Приводами служили різні причини (переважно територіальні та ідеологічні суперечки), а методи ведення бойових дій керувалися принципом «хто сильніший, той і правий». У світових війнах була очевидною гонка озброєнь, коли протиборчі сили вдосконалювали зброю, а рядові солдати, хоч як це сумно, іноді були лише різновидом розмінної монети: на зміну загиблим приходили новобранці. І саме від їхнього бойового настрою, сили духу, витримки часто залежала перемога, навіть за очевидної переваги ворога.

Звідки люди черпали сили – душевні та фізичні, щодня бачачи жахи війни та смерть своїх бойових товаришів? І чому більшість з них після повернення з фронту страждали від незрозумілої депресії, яка лише через тривалий час стала об'єктом уваги психологів і заслужила ретельного дослідження, отримавши назву посттравматичного стресового розладу? Це було заслугою військової психології, яка кілька років тому відсвяткувала своє століття.

В наш час вона особливо актуальна, адже у сучасних війнах використовуються витончені техніки, мета яких не вбити противника, а зламати його психологічно. Тепер перемога дістається не тим, на рахунок кого більше жертв (не рахуючи, звичайно, екстремальні випадки терористів-смертників), а тим, хто технологічно підкований і вміло веде інформаційну війну, поповнюючи свої лави новими прихильниками за допомогою промивання мозку.

Саме тому сучасним солдатам, офіцерам і всім мешканцям України, окрім фізичної підготовки, дуже необхідна психологічна підготовка, яка допоможе їм стійко пройти через усі випробування війни та оговтатися від них після повернення у звичне життя. Можливо, настане час, коли війна, як спосіб вирішення суперечок, кане в минуле. А поки що реальність інша, і ми з лякаючою частотою чуємо про нові військові конфлікти, варто віддати належне науці військової психології, яка націлена на пошук найменш психологічно витратних способів упоратися з військовими реаліями – як під час війни, так і після її закінчення.

Особливості сучасної війни:

- *Тотальність війни* – сучасні війни зачіпають не лише військових, а й цивільне населення: жінок, дітей, людей похилого віку.

- *Інформаційна війна* – постійний вплив ЗМІ, фейків, пропаганди впливає на свідомість.

- *Особливість російсько-української війни* – війна поруч, вона в наших містах, домівках, у буденності.

Психіка людини в таких умовах мобілізується, але й виснажується. Люди переходять у режим виживання, інстинкти часто домінують над раціональним мисленням.

У воєнний час складно зберігати стабільний психологічний стан, однак важливо пам'ятати, що це нормальні відчуття в таких умовах. Чому так відбувається і якою є психологія воєнного часу розглянемо нижче.

2. Стресори воєнного часу.

Війна проходить не лише по лінії фронту. Війна вже всередині кожного: на лінії фронту вона фізична, поза ним – вона психологічна!

Настрій людей на війні не менш важливі, ніж справні зброя і техніка.

Як зрозуміти задум та попередити інформаційно-психологічні операції ворога? Що відбувається з нами, як змінюються наш настрій під час війни? Як це може вплинути на кожного з нас? Як зменшити негативні наслідки?

Основні стресори воєнного часу (джерела стресу):

- Втрата близьких, дому, роботи, звичного життя.
- Постійна загроза життю (обстріли, сирени).
- Вимушене переселення, статус біженця.
- Невідомість майбутнього.
- Почуття провини (особливо у військових або тих, хто залишився у тилу).

Навіть «тиха тривога» – щоденна нестабільність – є потужним стресором.

Коли відбувається щось жахливе і неочікуване, люди спочатку відчувають шок, діють автоматично, по програмі виживання. Розум намагається перебирати варіанти майбутнього, щоб якось підготуватися до нього - і не може цього зробити. Планування обмежене до декількох годин.

Потім повертаються базові емоції, і після шоку можуть прийти, наприклад, відчай, жах, заперечення і т. д.

Українці масово вирішили відчувати сильну ейфорію від того, що ми вистояли ці перші години і дні, і кинулися до бою.

Це дуже добре, це показує силу психічного ресурсу.



Спочатку йде заперечення, далі злість, потім торг, за ним депресія, а в кінці – прийняття.

Але ейфорія не може триматися постійно – це не економічно щодо ресурсу психіки. Тому, будь ласка, дуже добре запам'ятайте цю картинку і просто знайте про цей цикл настрою. Коливання настрою – це НОРМАЛЬНО!

Адже найстрашніше – не знати, що з тобою коїться і думати, що почуття, скажімо, страху буде тепер з тобою назавжди. Повірте, дуже довго боятися чи тривожитись не вигідно нашому організму, і він знайде, як впоратися й з цими відчуттями.

Варто зрозуміти, що війна проходить не лише по лінії фронту – вона вже всередині кожного: на лінії фронту вона фізична, поза ним – вона психологічна. Розкачати зміни настрою, зробити «американські горки» нашим емоціям – це завдання ворожих сил інформаційно-психологічних операцій.

ЦИКЛ ЗМІН НАСТРОЮ



Під час ейфорії всі відчули єднання, ніби ми стали на якийсь час одним організмом, одним тілом, кожен став іншому близьким родичем - так відбувається, коли емоції синхронізуються. І тоді сили у людей мобілізувалися. Але треба знати, що так само може синхронізуватися й якась інша емоція, і негативна - теж.

Але психологічна війна – це атака на ідентичність кожного, на базові питання: «Хто я?», «Яка моя функція», «Яке моє місце у всьому, що коїться?», «Що я маю робити?». У військових з цим проблем переважно немає, там все чітко, а у цивільних ідентичність під сильним ударом.

Саме ця неможливість кудись приткнутися, провини, яку зараз відчувають багато людей, які знаходяться далеко від бойових дій, і є атакою на ідентичність. Провину відчувають УСІ, хто не відчуває безпосередній страх. У психології це можна описати такою собі прямою, на одному кінці якої - провини, на протилежному – страх.

На фронті страшно, і там немає місця провині, а в тилу, якщо, звичайно, над вами не літають снаряди, - деморалізує провини. І те, й інше почуття вважаються нормальними в якихось межах. Але якщо воно «затоплює» - психіка не справляється. Якщо затоплює страх, боєць залякає на місці. Якщо в тилу затоплює відчуття провини, людина перестає нормально працювати.

Важливо не дозволяти провині заморожувати себе в бездіяльності. Не дозволяйте собі думати, що якісь ваші справи, навіть, на перший погляд, незначні, неважливі для нашої Перемоги. Інакше ворог досягне своєї мети, тобто виведе з ладу ще одну одиницю спротиву.

24-го лютого 2022 року ми всі відчули, що ми одне тіло. І психологічно - це правда. Кожен має вплив на кожного: посмішка в Рівному, гарний настрій у Львові й якісно виконана робота в Тернополі передається через сотні рук і врятує життя солдат у Сумах, Харкові, Дніпрі, Запоріжжі та Херсоні. Це і є єдність духу.

Пам'ятайте, що зараз немає неважливої роботи, немає неважливих людей. Кожен може докластися по крихті та дістати Перемогу. Допомогати одне-одному онлайн, поширювати інформацію - теж дуже важливо. Тримати зв'язок, м'яко переконувати, підбадьорювати, жартувати - теж важливо. Берегти себе й турбуватися про своє виживання - неймовірно важливо. Варити каву клієнтам кав'ярні, дякувати, малювати меми - усе.

Найкращий засіб від атаки на ідентичність - чітко знати свої сильні сторони і визначити свій сектор оборони, як у стрільця в ЗСУ - це 40 градусів або 120 градусів - у кулеметника. Не намагайтеся братися за все одночасно, визначте свої задачі, робіть хоч щось і робіть це добре.

Уявіть, що Сили оборони України - це білі кров'яні тільця, що вбивають хворобу, коли тіло хворіє. Без усіх інших клітин вони не зможуть добре справлятися зі своїми задачами. Кожен зараз є важливою клітиною в тілі. Кожен має чітко знати і виконувати свої функції.

Навіть, якщо почнуть вичерпуватися фізичні й психічні сили, і прокинуться відчай і страх. Це нормально, просто продовжуйте тримати свій сектор оборони.

А коли виникають розчарування і відчай? Правильно, коли є очікування, що війна скоро закінчиться. Рецепт простий: нехай краще перемога стане для нас несподіванкою, ніж доведуть до відчаю пусті очікування.

Багато хто порівнює нашу ситуацію з Ізраїлем. Так от, краще звикнути, що це тепер триватиме тижні, місяці й навіть роки - як в Ізраїлі. Вони б програли, якби очікували швидкого закінчення. Чим ми гірші? Ми теж віримо в перемогу, але маємо не чекати її, а працювати й жити в усьому цьому.

Тому що супротивник чекає, що ми скотимося у відчай від очікування і капітулюємо. Супротивник тягне, як може закидаючи нас щодня тисячами своїх «орків» - там такого багато, їм їх не жаль.

Краще підготуватись до втрат вже сьогодні, прийняти те, що може статися щось найгірше, ніж бути шокованим у майбутньому. Будистські монахи щодня медитують на смерть, це називається «maranasati». Це допомагає примиритися з нею і жити повним життям кожного дня, кожну хвилину. Це теж саме, що приймати отруту мікродозами і отримати від неї імунітет в результаті.

А подолавши надмірні очікування, можна починати жити. Заведіть собі якісь рутинні заняття й традиції. Виділіть три-чотири перерви на перегляд новин замість цілого дня. Сили оборони України справляться без нашого перегляду новин, а ось без нашої роботи та допомоги (донатів) їм буде важче.

Тим, хто в підвалах у містах, що в облозі, ваша робота - вижити. Україні потрібні українці.

І головне – сенс життя. Без сенсу людина не можемо жити. Сенс цієї війни ми знаємо чітко, це вони його не мають, тому й програють.

3. Психічні стани воєнного часу.

У воєнний час складно зберігати стабільний психологічний стан, однак важливо пам'ятати, що *нормально переживати негативні емоції* в таких умовах. Спробуємо розібратися, чому так відбувається і якою є психологія воєнного часу.

Психічні реакції бувають:

- *Нормальні* (відповідь на ненормальні обставини): страх, плач, агресія.
- *Гострі стани*: панічні атаки, істерії.
- *Хронічні порушення*: тривожні розлади, депресія, ПТСР.

Часто зустрічаються стан *«емоційного вигорання»*, *«втома від війни»*, або *«замороженість емоцій»* (відсутність реакцій).

Те, що всі ми всі переживаємо зараз самі і спостерігаємо в інших, називається - *гостра стресова відповідь*.

Так організм реагує на будь-яку катастрофічну подію, яка загрожує нашій безпеці.

Реакція організму: не мозок, не свідомість, не те що ми звикли вважати «розумним собою», а *ендокринна система, гормони, судини*. Реакції дуже сильні, важко керовані та спрямовані на виживання.

Ми у *стресових реакціях можемо не сходитися з близькими*. Реакція на поведінку інших і поведінка інших *може бути різною – це нормально*.

Стається щось жахливе і неочікуване – спочатку, це шок. Ти дієш автоматично за програмою виживання. Розум намагається перебирати варіанти майбутнього, щоб якось підготуватися до нього, і не може цього зробити. Планування обмежене до декількох годин.

Потім повертаються базові емоції і з шоку може бути вихід у різні стани. Наприклад, відчай, жах, заперечення тощо.

Українці масово відчували сильну ейфорію від того, що ми вистояли ці перші години і дні, і кинулися до бою. Це дуже добре, це показує *силу психічного ресурсу*.

Але ейфорія не може триматися постійно – це не економічно до ресурсу психіки. Тому, будь ласка, пам'ятайте про цикл коливання настрою.

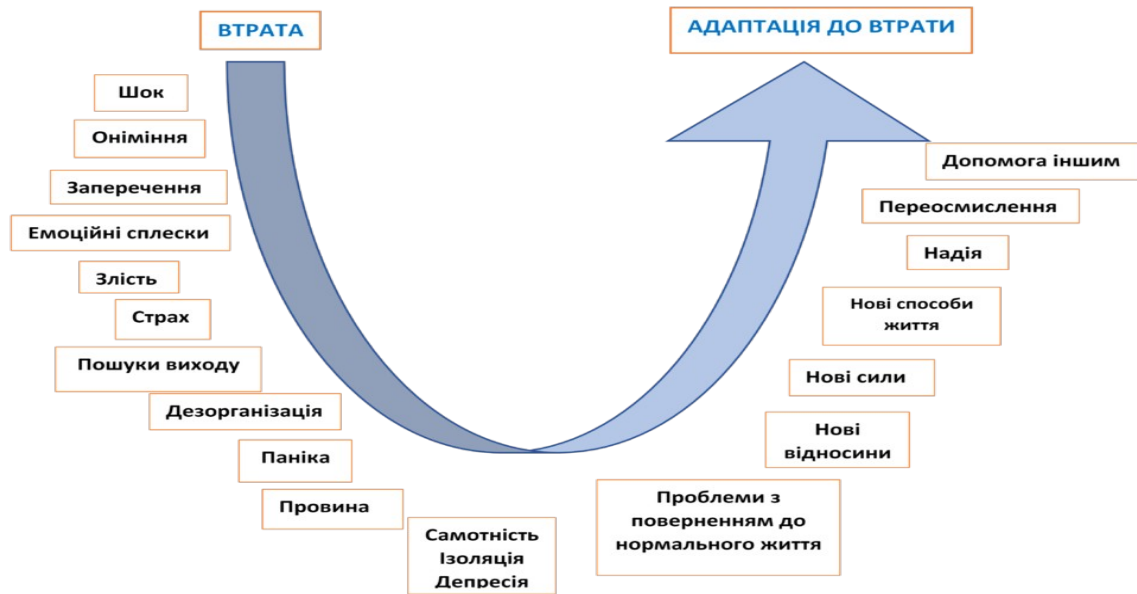
Що важливо пам'ятати?

- Гостру стресову реакцію не перекроїти за власним бажанням. Яка є, такою і користуємося.

- Гостра фаза триває 2-3 тижні, довше психіка просто не може перебувати на максимумі напруги.

- Далі включаються запобіжники, настає природний спад та виснаження. Але зате повернеться раціо (тобто кора великих півкуль), а гормональне піке відступає.

Стадії горя:



Проаналізуйте на якому ви етапі і як можна собі допомогти?

I етап: шок і заперечення.

Перші години, дні і навіть тижні ви просто відмовляєтеся приймати те, що трапилось. На цьому етапі страждає психологічна функція – пам'ять (ви не можете згадати події попереднього дня і не пам'ятаєте, коли останнього разу їли), виникає дезорганізація (ви раз у раз забуваєте чи губите ключі або телефон), з'являються неадекватні реакції на будь-які події (ви поводите себе не так, як звичайно, і відчуваєте себе ніби кимось іншим).

У таких випадках, як би банально це не здавалося, потрібно дати волю почуттям.

II етап: біль і почуття провини.

Коли ви потихеньку звільнилися від захисного кокона, з глибини душі починають рватися емоції. Цей період може виявитися найскладнішим і найчорнішим. Найбільш поширена реакція – це *відчуття провини*. Зараз ви страждаєте від екстремальних перепадів настрою, емоційного і / або фізичного виснаження і сонливості. Сльози навертаються на очі в той момент, коли ви найменше цього очікуєте, а негативні думки вас супроводжують і вдень, і вночі.

На цьому етапі потрібно намагатися перестати весь час прокручувати події та образи у своїй пам'яті. Якщо є неприємні думки, обговоріть їх з рідними чи друзями, розкажіть, які саме почуття і емоції ви переживали. Примусьте себе виговоритися. Якщо ви відчуваєте свою провину за те, що залишилися жити, що ви не на передовій, а в тилу, або, навпаки, відчуваєте полегшення, не варто вважати себе лиходієм: ці почуття вкладаються в межі норми. Правда ситуації полягає в тому, що ми не можемо все передбачити наперед і не на все можемо вплинути.

III етап: гнів, розчарування і гіркота.

Цей етап характеризується «спалахами» емоцій. Ви будете прекрасно себе почувати, поки щось: замітка в журналі, газеті, запис у блозі чи епізод по ТБ, – не викличе у вас раптового спалаху люті. Людина, що переживає третій етап, часто цурається певних соціальних ситуацій, особливо святкових заходів, замикається в собі, бездіяльна або працює до виснаження.

IV й етап: прийняття ситуації та відчуття полегшення.

Незалежно від того, наскільки глибокими є ваші страждання, повільно, але неухильно, ви повертаєтесь до звичного життя. Спочатку ви будете робити крок вперед і два назад, але поступово ви почнете усвідомлювати те, що трапилося, і почнете пускати в дію приховані «резерви сили».

Багато хто, випробувавши гіркоту горя, переживши страшні події або адаптуючись до ситуації, знаходять розраду в допомозі іншим. Озирніться: навколо багато людей, яким ви можете допомогти. Ви теж можете зробити чиєсь життя легшою і радіснішим, бо ви вже стали сильнішим і мудрішим!

4. Психологічні наслідки війни.

Наслідки війни для України нині найчастіше оцінюються через призму економічних збитків, руйнувань інфраструктури та кількості загиблих.

Але війна впливає також і на здоров'я громадян – йдеться не лише про очевидні ризики на кшталт контузій та травм, а й про довгострокові наслідки. У перспективі багато українців можуть зіткнутися з психологічними та психічними проблемами, зростанням залежностей та загостренням деяких хвороб.

Для цивільного населення:

- Порушення сну, харчування, психосоматичні хвороби.
- Ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
- Проблеми у спілкуванні, недовіра до людей, суспільна тривожність.

Для військових:

- ПТСР, суїцидальні думки.
- Проблеми з реадаптацією до мирного життя.
- Потреба в довготривалій психологічній реабілітації.

Для дітей:

- Травми розвитку, мовленнєві затримки, енурез.
- Залежність від дорослого, тривожність, регресивна поведінка.

Наслідки можуть тривати роками, навіть після завершення активних бойових дій.

Повномасштабна війна в Україні матиме критичні наслідки для психічного здоров'я українців, повідомили у Міністерстві охорони здоров'я.



Через війну, за даними МОЗ України та ВООЗ, професійна допомога знадобиться близько 15 мільйонам громадян, причому 3-4 мільйонам потрібно буде призначати медикаментозне лікування. *«Навіть на тих, хто зміг стійко перенести перші місяці війни, чекає ментальне виснаження, адже звикання до постійного перебування в умовах війни також може негативно вплинути на психічне здоров'я».*

На протязі першого року війни за допомогою до психологів та психіатрів звернулися 650 тисяч українців. При цьому, згідно з даними опитування, озвученими Віктором Ляшком, близько 71% громадян відчували останнім часом стрес або сильну нервозність, половина опитаних відчувають тривожність і напругу.

Також, за даними МОЗ, у 20-30% осіб, які пережили травматичні події, може розвинути посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Крім того, через 5-7 років у МОЗ прогнозують посилення та зростання кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей.

Через психоемоційну напругу, спричинену війною, українці постаріють на 10-15 років. *«Йдеться не про зовнішній вигляд, але хвороби, які мали якусь вікову структуру, будуть зустрічатися на 10-15 років раніше, ніж це було до війни»*, – пояснив Ляшко.

Найчастіше зустрічатимуться серцево-судинні захворювання, діабет, артрити, астми, онкологічні захворювання. Щодо останніх: через пандемію, а тепер і через війну, українці почали рідше звертатися до лікарів у профілактичних цілях, як результат зростає кількість онкологічних хвороб, виявлених на пізніших стадіях, що значно впливає на ефективність та тривалість лікування.

Внаслідок пошкоджень медичної інфраструктури, відсутності води та електрики українцям загрожують також інфекційні захворювання. Найбільшу загрозу становлять холера, COVID-19, кір, поліомієліт, дифтерія та гепатит А.

Ситуація ускладнюється тим, що війна негативно впливає на темпи імунізації населення.

Тема 2. Військова психологія.

1. *Військова психологія в структурі сучасної психології.*
2. *Виникнення і розвиток військової психології.*
3. *Негативні психологічні фактори бойових дій.*
4. *Психологічна підготовка воїнів до бойової діяльності.*

Військова психологія – галузь психологічної науки, яка вивчає закономірності функціонування індивідуальної психіки окремого військовослужбовця і соціальної психіки особового складу військових формувань, їхню поведінку та дієздатність в умовах військової діяльності у мирний і воєнний час, а також психологічні механізми та засоби впливу на них з метою відповідної підготовки до виконання поставлених завдань.

При наявності певної специфіки, зумовленої особливостями об'єкта дослідження, військова психологія використовує загально-психологічний понятійний апарат, основні психологічні теорії і концепції та методи психологічних досліджень.

Основні галузі військової психології: військово-авіаційна, військово-космічна, військово-морська, військово-інженерна, психологія вищої військової школи тощо.

Серед її завдань – вивчення особливостей функціонування органів чуття у специфічних (особливих) умовах (напр., у літаку, танку, підводному човні, у стані втоми, вночі тощо) і пошук шляхів підвищення ефективності сприйняття; розроблення психології основ бойової підготовки; аналіз дій з управління бойовою технікою та орієнтування в просторі; обґрунтування психологічних критеріїв відбору особового складу для військ (сил) та для виконання спец. завдань; з'ясування особливостей мислення воєначальників усіх рангів, стосунків керівного складу з підлеглими, взаємин у малих групах; дослідження впливу на псих. процеси стану напруження.

Військова психологія як галузь психологічної науки розвивалася й розвивається з врахуванням конкретних особливостей військової діяльності, яка має екстремальний характер. Розвиткові військової психології притаманні ті самі тенденції розвитку і становлення, що й загальній психології в нашій країні.

Виникнення і розвиток військової психології тісно пов'язані з видатними постатями державних, політичних та військових діячів.

Можна почати з *Ніколо Макіавелі (1469-1527)*, який вважав, що заради зміцнення держави допустимі будь-які засоби. Звідси й походить термін «макіавелізм», який використовується для визначення політики, що нехтує нормами моралі. Мак'явелі висував ідеї щодо створення «народної армії», мотивації військової служби, що дуже актуальні й сьогодні. Він вважав, що братися за зброю треба тільки во ім'я миру, що солдатів обов'язково слід навчати військовій майстерності. Вимагав від солдатів та офіцерів загартування тіла,

витримки, вміння володіти зброєю, бо це, на його думку, становить основу мужності.

Наполеон Бонапарт (1769-1821) є одним із найвидатніших полководців свого часу. Військово-психологічні думки він висловлював безапеляційно. Усім відомий його афоризм: «Духовна сила відноситься до фізичної як три до одного». Відома й висунута Наполеоном «формула квадрата», основою якого є розум, а висотою – воля. При цьому під останньою розуміється дуже складний комплекс властивостей командира: сила характеру, мужність, рішучість, енергія, наполегливість. Наполеон дійшов важливого висновку про те, що справа не тільки в тому, що полководець мусить мати розум і волю, а й у тім, що між ними має бути рівновага: «Військова людина мусить мати стільки характеру, скільки й розуму». Він наголошував, що квадрат лише тоді є квадратом, якщо його основа дорівнює висоті; полководцем може бути лише та людина, в якій воля й розум рівні.

Наполеон відчував душу солдата, знав його. У праці *Нормана Коупленда «Психологія і солдат»* описано випадок, коли полководець під час перевірки варті виявив, що один чатовий заснув на снігу, на своєму посту. Згідно з уставом, Наполеон мав викликати начальника варті й віддати порушника під арешт, а потім під суд і розстріляти перед лавою. Такий злочин не можна було пробачати, хоч би де його було скоєно – у своїй державі чи на ворожій території. Немає жалю до солдата, який ганебно заснув на посту й поставив під загрозу життя своїх товаришів по службі. Наймолодшому капралу було зрозуміло, як мав поводитися воєначальник. А що ж він зробив? Наполеон – людина геніальна, а геній діє не як звичайна особа. Він підняв рушницю засну-лого чатового, скинув її на плече і зайняв залишений утомленим солдатом пост. Сержант, який прибув зі зміною, побачив, що чатовий спить, а імператор стоїть на його посту. Позитивні результати цього вчинку імператора Франції очевидні.

Наполеон добре розумів людську природу, пристрасне її бажання бути помітною. Ще будучи офіцером-артилеристом, під час оборони Тулона на небезпечній для життя батареї він почепив плакат із написом «Батарея безстрашних» – і на ній ніколи не бракувало солдатів.

Олександр Суворов (1729-1800) – генералісимус, людина винятково талановита, геній розуму, війни, щастя та успіху. В дитинстві він був кволим і малорослим. З 8 років зарахований на військову службу і при цьому справді служив, а не так, як інші діти дворян, що були просто записані в армійські реєстри.

Він дуже любив солдатів, був їх душею. Мирного часу він знемагав, нудьгував. Його родинне життя не склалося – він розлучився, маючи сина та доньку. Його сім'єю була служба, дружиною – армія, дітьми – солдати, його інтересами – бойовий успіх і слава Вітчизни. Людина пряма, відкрита, неспокійна, мав величезну кількість дивацтв та звичок. Наприклад, на світанку кричав півнем; піднімався о 2-3-й годині ранку та обливався на морозі холодною водою; ходив у одному чоботі; хрестив вагітним жінкам на балах живіт; благословляв усіх; виходив до високопоставлених відвідувачів у самій сорочці; дозволяв собі

говорити нахабства Потьомкіну й Катерині II, дратувати на маневрах Павла I тощо.

Погляди О.В. Суворова на підготовку, стосунки солдатів та ведення бою:

- вважав необхідною психологічну підготовку солдатів (був одним із її засновників), яку, наприклад, застосовував перед штурмом Ізмаїла;

- визнавав необхідність грізних атак;

- вважав, що для командувача потрібне чудове знання психології солдата: він, наприклад, використав своє знання в бою під Требією в Італії, де французький генерал Макдональд мав значну перевагу над його втомленими, напівукомплектованими військами;

- зазначав, що особистий приклад має величезне значення;

- вважав необхідним запроваджувати зміни у військову тактику і створив нову систему, яка базувалася на глибокому знанні психіки людини, психології військового колективу та бойових дій. В основі його тактики лежали три принципи, що мали психологічну природу: окомір, швидкість та натиск.

Михайло Драгомиров (1830-1905) – професор, генерал, почесний член Університету св. Володимира, командувач військами Київського військового округу. Засновник вітчизняної військової психології, він об'єднав психологію й тактику, вважаючи, що військова справа має бути побудована відповідно до законів людської психіки (наприклад, солдати в строю повинні стояти не за ранжиrom, а за симпатією один до одного).

У своїх видатних працях *«Вплив поширення нарізної зброї на виховання та тактику військ»*, *«Досвід керівництва для підготовки частин до бою»*, *«Підготовка військ у мирний час»* він розвинув психолого-педагогічні проблеми військової тактики. Зокрема: – глибоко розумів сутність психологічної підготовки О.В. Суворова і був прихильником його системи підготовки військ (з цією метою він використовував такі прийоми та засоби: грізні атаки; обстрілювання молодих солдатів, яких примушував постояти біля мішені під час стрільб, щоб вони звикли і не боялися свисту куль; клав два бойові набой на 1000 холостих, щоб воїни відповідальніше ставилися до навчань зі зброєю тощо);

- був прихильником суворой військової дисципліни, яка, на його думку, була матір'ю перемоги;

- підтримував Наполеона щодо його «формули» розуму й волі та взагалі з великою пошаною ставився до його військово-психологічних поглядів;

- глибоко розумів психологію спілкування військовослужбовців (наприклад, завжди звертався до солдатів на «Ви», підтримував формування військових підрозділів з українців і схвалював виконання ними українських пісень тощо).

Адмірал Степан Макаров (1848-1904) у праці *«Роздуми з питання морської тактики»* виклав свої думки щодо зв'язку тактики з психологією, запровадив поняття «військова психологія».

Вітчизняна військова психологія як наука бере свій початок з кінця XIX ст. з діяльності фахівців, які, використовуючи спеціальні методи психологічного дослідження, опрацювали деякі цілісні уявлення з актуальних проблем діяльності армії та флоту. Наприклад, багато матеріалу було зібрано з проблем поведінки

воїна в бою. М. Корф, П. Ізместьєв, Г. Шумков та інші на основі опитувань, спостережень і особистих вражень намагалися зрозуміти динаміку переживань від бойових дій воїна в бою. Такі спеціалісти, як А. Резанов, А. Зиков, М. Головін, першими почали вивчати проблеми страху і паніки в бою. Цікаве ставлення до цієї проблеми мав Шумков, який виявив вплив стомлення і виснаження на виникнення страху і запропонував використовувати ліки в боротьбі з ним.

Ці та інші дослідники намагалися практично розв'язувати такі складні проблеми, як ставлення до солдата, розуміння його розвитку у процесі військової служби, підбір і виховання офіцерських кадрів, управління підрозділами та взаєминами з підлеглими, підготовка до бою тощо.

Г.Є. Шумков 1904 р. брав участь у Російсько-японській війні як лікар-психіатр. Під час бойових дій він зібрав багато матеріалу про нервово-психічні стани воїнів. Це дало йому можливість опрацювати достатньо цілісну концепцію військової психології, яка має досліджувати такі проблеми: значення морального фактора і його використання воєначальником в бою; необхідність психологічної підготовки до бою; психічні стани воїнів перед боєм; вплив артилерійського вогню на психіку воїнів; стан психіки воїна в період атаки; дослідження психіки воїна після бою; про якості, які необхідні як командирам, так і підлеглим в бою; про заходи щодо боротьби зі страхом і панікою в бою; вплив алкоголю на стан психіки воїна та його діяльності в бою; про порушення військової дисципліни; про значення військової психології для офіцерів і необхідності її вивчення. Ряд його положень і рекомендацій не втратили актуальності до сьогоднішнього дня.

А.М. Дмитрієвський свої основні праці написав у період з 1911 р. до 1919 р., коли служив на різних посадах в артилерійських частинах і набув досвіду бойових дій під час Російсько-японської війни. Психологія, на його думку, має розглядати людину – воїна і воєначальника – як особистість і давати конкретні рекомендації щодо розв'язання різних питань у ході підготовки до війни. Головною моральною якістю воїна він вважав почуття обов'язку, яке у поєднанні з волею дає міцні моральні основи армії. Багато уваги він приділяв вивченню ініціативи, хоробрості, сміливості. Основною їх формування він вважав розвиток свідомості, розуму, ідеалів воїнів. Усе це дало підстави для формулювання низки цінних порад і рекомендацій щодо виховання і навчання військовослужбовців.

Не втратили актуальності й ряд положень, які опрацював на початку ХХ ст. *П.І. Ізместьєв*, який був редактором журналу «*Офіцерське життя*», професором Академії Генерального штабу, командувачем окремого корпусу під час Першої світової війни, учасником Російсько-японської війни. У своїх працях, лекціях, виступах він наголошував на великому значенні морального фактора в досягненні перемоги. Твердо був переконаний в необхідності морально-бойової підготовки, вивчення людини-воїна, який є головним носієм морального фактора. На думку автора, розвиток солдата – це глибокий вплив на його особистість, прищеплення йому певних внутрішніх властивостей. Виходячи з цих положень, Ізместьєв вважав основою дисциплінованості солдата не страх покарання, а усвідомлення ганебності покарання. Відсутність дисципліни, на його думку, відкриває простір для стихії факторів, які впливають на психіку воїна, зокрема для страху, що

паралізує його. Для подолання паніки він пропонував розвивати мужність, формувати воїна фізично і морально, в необхідні моменти використовувати силу слова і особистий приклад.

На початку XX ст. у Росії вийшла низка праць з психології військової діяльності, які не втратили своєї актуальності й досі. Наприклад, талановитий вчений, професор Академії Генерального штабу *М.М. Головін* відзначав закон чільного значення духовного елемента в бою, *М.О. Ухар-Огорович* у книжці «*Воєнна психологія*», яка вийшла 1911 р., стверджував, що успіх на війні на 75 % залежить від морального фактора і лише на 25 % – від матеріального.

Отже, більшість військово-психологічних проблем у вітчизняній психології на початку XX ст. мали добре обґрунтування у працях талановитих воєначальників і науковців.

Військово-психологічні погляди почали розвиватися водночас з зародженням військ. справи. Проте виділення військової психології в окрему галузь завершилося у кін. 19 ст., коли в Західній Європі, США і Росії вона оформилася як самостійна наук. дисципліна.

Її виникнення зумовлене масовим створенням армій, метою яких була підготовка до воєнного індустріального періоду. На цьому етапі розвитку військова психологія займалася питаннями професій. відбору, військової дисципліни, формуванням у військовослужбовців готовності захищати політику правлячих кіл держави, нац. інтереси тощо.

Наприклад, до початку першої світової війни в німецькій армії розроблено військово-психологічну теорію, яка мала забезпечити моральну і психологічну підготовку військовиків до війни за інтереси німецької нації.

У США в цей період створено раду з питань військової психології. Теоретичною основою американської військової психології стали течії і школи психології, серед яких важливе місце зайняв біхевіоризм.

Сутність військової психології на Заході обґрунтував англійський психолог *Норман Коупленд* у праці «*Psychology and the soldier*» («*Психологія і солдат*», *Гаррісберг, 1951*). На його думку, її призначення полягає у розкритті питань навчання і виховання особового складу військових формувань, його вишколу, моральної підготовки до війни, забезпечення психологічної стійкості та надійності солдатів у бою та жорсткої дисципліни тощо.

Друга світова війна посилила значення військової психології, внаслідок чого вона остаточно увійшла в систему бойової підготовки військ. Її розвиток відбувався за чотирма основними напрямками: психологія особистості воїна, психологія групи і міжособистісної взаємодії в армії, психологія військової діяльності в мирний час, психологія бою і війни. На 1990-і рр. виділилися нові течії: психологія управління боєм, військова конфліктологія, військ. психотерапія, морально-психологічне забезпечення військової діяльності, військово-морська психологія та ін.

Таким чином **військова психологія** – прикладна галузь психології, що досліджує психологічні проблеми виникаючі в процесі підготовки військовослужбовців і ведення війни; яка вивчає закономірності й механізми функціонування психіки людини, зумовлені її залученістю до військової діяльності, а також психологічні закономірності становлення конкретних видів військової діяльності. Як окрема дисципліна з'явилась на початку XX століття.

Сучасна військова психологія розвивається у чотирьох напрямках:

- психологія особистості військового;
- психологія групи і міжособистісних стосунків в армії;
- психологія військової діяльності в мирний час;
- психологія війни і бою.

Військова психологія вирішує низку дослідницьких завдань:

- психологія керування боєм;
- розробка методів психологічної війни;
- морально-психологічне забезпечення військової діяльності;
- дослідження особливостей мислення командирів різного рівня;
- дослідження поведінки людини в особливих умовах (в літаку, в підводному човні, вночі тощо);
- дослідження військових конфліктів;
- військова психотерапія.

Військова психологія вивчає закономірності функціонування психіки особистості воїна і психічних явищ військового колективу за умов військової діяльності та бою.

Актуальними проблемами військової психології у Збройних силах України є:

- психологічне забезпечення бойової та мобілізаційної готовності військ;
- психологічне насичення бойової та гуманітарної підготовки особового складу;
- психологічне супроводження бойового чергування і вартової служби воїнами;
- психологічне обґрунтування зміцнення військової дисципліни та профілактики правопорушень серед особового складу;
- психологічні основи гуманізації військової служби;
- психологічний захист своїх військ і населення від супротивника;
- методи психологічного впливу на війська і населення супротивника тощо.

Дуже важливою постає *проблема психологічної роботи* у військовій частині в мирний і воєнний час. У зв'язку з цим необхідно науково обґрунтувати теоретичні та методичні основи *військової практичної психології*, основними функціями якої мають бути: аналіз і прогнозування поведінки та діяльності військовослужбовця щоденно та в екстремальних, бойових умовах, активний соціальний і психологічний вплив, профорієнтаційна, консультативна, профілактична, реабілітаційна, психогігієнічна функції.

Основними предметами військової психології є психіка воїна, психологія військового колективу та психологія військової діяльності.

Об'єктом виховної роботи офіцера і сержанта є конкретна особистість – підлеглий. Щоб ним правильно керувати, методично обґрунтовано навчати і виховувати, слід чітко знати закономірності формування і вияву духовного світу військовослужбовця, а також враховувати психічні особливості підлеглого.

Психологія військового колективу не менш складна, ніж психологія особистості воїна та як об'єкт впливу офіцера. Високий рівень розвитку колективної психології згуртовує військовий підрозділ, посилює його можливості, допомагає ефективно розв'язувати бойові завдання. Але трапляється, що у військовому підрозділі панують негативні настрої та нестатутні стосунки. Неправдивий колектив, кругова порука, наявність негативних лідерів – усе це призводить до втрат позитивних рис військового колективу в підрозділах і різко погіршує його бойові можливості. Тому офіцер (сержант) має прагнути вивчати психологію військового колективу і, впливаючи на неї засобами виховної роботи, створити здорову морально-психологічну атмосферу як запоруку успішної служби, бойового навчання та бойової діяльності військовослужбовців.

Військова психологія вивчає також *психологію військової діяльності*. Йдеться про психологію бою, психологію військового керівництва, психологію виховання й навчання в бойовій обстановці (під час бойових дій) тощо. Кожен з цих різновидів військової діяльності підпорядкований певним закономірностям. В них виявляється і певна психологічна залежність, наприклад: якщо їх не враховують або враховують не в повному обсязі, то й ефективність керівництва, навчання, виховної роботи або дій під час бою буде незначною. Більше того, якщо рішення ухвалюють без врахування цих закономірностей або всупереч їм, неминуче з'являються моральні недоліки, які не сприяють досягненню успіху в цілому.

Військова психологія як наука розвивається стосовно конкретних особливостей військової діяльності. Тому в її межах виникають окремі напрями, залежно від різних видів збройних сил і родів військ. Успішно розвиваються військово-авіаційна, військово-морська психологія, психологія вищої військової школи тощо.

Таким чином, **військова психологія** як наукова дисципліна має велике практичне значення в сучасних умовах і спрямована на розв'язання таких основних завдань:

- визначення закономірностей, що керують поведінкою і діями воїнів та військових колективів за умов повсякденної служби та бою;
- розроблення рекомендацій щодо навчання воїнів та військових колективів для використання їх у повсякденній роботі з особовим складом;
- пошук шляхів зростання ефективності процесів керування воїнами та військовими колективами;
- пошук засобів надійної оцінки можливостей воїнів і військових колективів та їх доцільний добір для підготовки і розв'язання завдань;

- дослідження закономірностей, видів, напрямів, принципів, змісту та методів психологічної підготовки особового складу;
- напрацювання психологічних основ забезпечення високої бойової готовності підрозділів;
- визначення засобів попередження конфліктів, нестатутних стосунків і порушень військової дисципліни в підрозділах;
- психологічне забезпечення мобілізації та активізації особового складу на успішне розв'язання навчальних, спеціальних і бойових завдань;
- озброєння офіцерів (сержантів) психологічними знаннями, навичками і уміннями;
- розроблення методики відновлення психічної стійкості й усунення наслідків впливу негативних психічних явищ на особовий склад;
- забезпечення ефективного функціонування психологічної служби у військових частинах;
- забезпечення надійного психологічного захисту своїх військ і населення від психологічних операцій супротивника;
- обґрунтування ефективних психологічних методик і технологій впливу на війська і населення супротивника тощо.

Отже, військова психологія як науково-прикладна наука покликана озброїти психологічними знаннями офіцерів (сержантів), які, застосовуючи їх на практиці, зобов'язані забезпечити бойову та мобілізаційну готовність підрозділів і частин.

Діяльність військовослужбовців за бойових обставин характеризується впливом на психіку різних ***стрес-факторів***. Тривалість їх впливу, а також психотравматичний характер можуть сприяти виникненню таких змін у психіці воїна, які знижують ефективність його діяльності на полі бою, а потім можуть негативно виявлятися у мирних умовах.

У Збройних силах України існує особливий напрям роботи командирів щодо попередження негативних станів у бойовій обстановці – психологічна підготовка. ***Психологічна підготовка*** – це організований та цілеспрямований процес формування і розвитку професійно важливих психологічних якостей військовослужбовців, щодо успішного виконання бойових завдань, вміння діяти у напружених і небезпечних ситуаціях на полі бою в умовах сучасної війни. Психологічна підготовка воїнів має дві основні мети: формування психічної стійкості та формування психологічної готовності.

У процесі підготовки особового складу до бойових дій необхідно враховувати труднощі, що мають місце у сучасному бою. Ці труднощі, які можна назвати ***психологічними факторами бою***, спеціально створюються супротивником для досягнення в ньому перемоги. Як свідчить досвід колишніх війн, сучасних воєнних конфліктів і контртерористичних операцій, їх усвідомлення, урахування і вміле застосування забезпечують успіх як окремих бойових дій, так і всієї воєнної кампанії. Це такі труднощі як:

- Небезпека (загроза життю людини, небезпека потрапити в полон, або зникнути безвісти);

- Рантовість;

- Дефіцит часу та інформації (суперечливість інформації);

- Небувале ускладнення управління військами;

- Відповідальність за ухвалені рішення та його виконання;

- Дискомфорт – відсутність елементарних умов для задоволення повсякденних духовних і фізичних потреб особового складу; постійний інформаційно-психологічний вплив на них супротивника, що може викликати у них емоційно-вольовий і мотиваційний дисонанс.

Слід також мати на увазі екстремальні умови бойової діяльності тощо.

Усі ці фактори спеціально створюються супротивником для того, щоб викликати певні труднощі у функціонуванні психіки супротивної сторони. Ці різновиди небезпеки негативно впливають на свідомість і підсвідомість, емоційно-почуттєву, вольову і мотиваційну сфери воїна та перешкоджають йому, за відсутності всебічного психічного загартовування виконувати свої бойові функції сучасного бою. Як відомо, інстинкт збереження життя в екстремальних умовах домінує над всіма іншими. Відповідно, на полі бою, коли виникає загроза фізичної смерті воїна, цей інстинкт може керувати всією його поведінкою.

РЕАКЦІЯ ПСИХІКИ ВОЇНІВ

Почуття страху неминуче присутнє у свідомості кожного воїна в бою. Одні зусиллям волі пригнічують його, інші не вміють або не можуть цього зробити. У кожної людини є свій "запас і межа" міцності залежно від психофізіологічних особливостей.

Крім цього, при наявності деяких умов, ймовірність отримання БПТ підвищується. До таких умов відносяться:

- Невизначеність обстановки, відсутність, суперечливість або брак інформації про становище, виконуваних завданнях, супротивника, характері його дій;**
- Психічний або фізичне виснаження, підвищена стомлюваність;**
- Тривале вимушене неспання;**
- Гострі захворювання;**
- Переживання почуття безвиході, гноблення;**
- Зловживання алкоголем, наркотиками;**
- Звістка про смерть близької людини.**

ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

Психологічна підготовка особового складу Збройних Сил України – це цілісний і організований процес формування у військовослужбовців психічної стійкості і психологічної готовності до дій у бою, у складних і небезпечних умовах, в обстановці, яка різко змінюється, під час тривалої нервово-психологічної напруги, подолання труднощів, пов'язаних із виконанням військового обов'язку як у воєнний, так і у мирний час.

15

МЕТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

Військово-педагогічний процес підготовки особового складу

навчання

виховання

професійне
вдосконалення
(розумовий і фізичний
розвиток)

**психологічна
підготовка**

мета

психологічна готовність до
професійної діяльності (виконання
бойових завдань)

психічна
(емоційно-вольова)
стійкість

функціональна (професійна готовність)

16

Вплив на особ. склад засобами психологічної підготовки

Сфери впливу	Бажана мета впливу	Кінцевий результат
Мотиваційна сфера	Формування відданості своїй Вітчизні, переконаності у пріоритеті національних інтересів і цілей своєї держави, вірність Конституції та військовому обов'язку, висока дисциплінованість, готовність будь-що виконати поставлені завдання.	Формування психологічної готовності та емоційно - вольової стійкості
Емоційно - вольова сфера	Розвиток рішучості, наполегливості, емоційної стійкості під час виконання бойових завдань в екстремальних умовах, здатності до самоконтролю та саморегуляції власного емоційно-вольового стану	
Психо - фізіологічна сфера	Розвиток у військовослужбовців швидкості і точності сприйняття інформації, усвідомленої та суворої послідовності виконання оперативних функцій, точної реакції, здатності до швидкого переключення діяльності, всебічної фізичної загартованості.	

18

СИСТЕМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ





***“Військові повернули моє тіло
додому за декілька днів. Проте я
витратив 12 років, щоб
повернути додому свою голову”.***
Френк П'юселік

Тема 3. Травмуючі ситуації під час війни та їх психологічні наслідки.

1. *Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди.*
2. *Поняття про психічну травму.*
3. *Співвідношення понять стресу, травматичного та посттравматичного стресових розладів.*

1. Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди.

Сучасна реальність війни є невичерпним джерелом травмуючих ситуацій, під якими розуміють такі екстремальні критичні події, ситуації загрози, які потужно і негативно впливають на індивіда та вимагають екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього. Вони можуть набирати форми незвичайних обставин чи якихось подій, які піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки.

Складність вивчення *травмуючих ситуацій у ході війни* полягає в тому, що їх число і джерела багатомірні. Тому вони визначаються як ситуації, що:

- загрожують життю людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми або поранення;
- взаємопов'язані зі сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей;
- мають відношення до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів війни та середовища.

Сучасні дослідники розглядаючи проблеми, пов'язані з процесом травми, виокремлюють такі *травмуючі ситуації*:

- військові дії,
- природні катаклізми,
- екологічні та техногенні катастрофи,
- пожежі, руйнування,
- терористичні акти,
- присутність під час насильницької смерті інших,
- нещасні випадки,
- сексуальне насильство,
- раптова поява загрозливих життю захворювань, нападу.

Існують масштабні ситуації, що привертають увагу великої кількості фахівців, однак мають місце і такі травмуючі ситуації, які з різних причин перебувають поза межами уваги фахівців.

Головною причиною таких фактів є «немасовість» ситуацій, коли суб'єктом взаємодії з іншими травмуючими умовами виступає одна людина, а сама подія має індивідуальний характер.

У психологічних дослідженнях виділяється ще одне поняття, приналежне до цієї проблеми. Це *надзвичайна (екстремальна) ситуація*, яка визначається як обставини на певній території, що склалися внаслідок воєнних дій, аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які

можуть спричинити за собою людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні втрати та порушення умов життєдіяльності людей.

Екстремальні ситуації можуть класифікуватися за такими ознаками:

- *за ступенем раптовості*: раптові (непрогнозовані) та очікувані (прогнозовані). Легше прогнозувати соціальну, політичну, економічну ситуацію, складніше – стихійні лиха. Своєчасне прогнозування ЕС і правильні дії дають можливість уникнути значних втрат і в окремих випадках запобігти ЕС;

- *за швидкістю розповсюдження*: ЕС можуть бути вибухового, стрімкого, що швидко поширюється, або помірною, плавного характеру. До стрімких найчастіше належить більшість військових конфліктів, техногенних аварій, стихійних лих.

Відносно плавно розвиваються ситуації екологічного характеру:

- *за масштабом розповсюдження*: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, трансграничні. До локальних, місцевих і територіальних зараховують ЕС, що не виходять за межі одного функціонального підрозділу, виробництва, населеного пункту. Регіональні, федеральні й трансграничні ЕС охоплюють цілі регіони, держави або кілька держав;

- *за тривалістю дії*: можуть мати короткочасний характер або затяжну течію. Всі ЕС, в результаті яких відбувається забруднення навколишнього середовища, є затяжними;

- *за характером*: навмисні та ненавмисні. До перших належить більшість національних, соціальних і військових конфліктів, терористичні акти тощо. Стихійні лиха за характером свого походження є ненавмисними, ця група охоплює також більшість техногенних аварій і катастроф.

Існують ще деякі види ситуацій, що лежать у площині аналізу їх екстремальності. У психотерапії їх вирізняють як кризові, проблемні, критичні, екзистенціальні, термінальні, емоційно складні життєві ситуації.

Кризова ситуація в найзагальнішому вигляді визначається як ситуація, що породжує дефіцит сенсу в подальшому житті людини, як ситуація неможливості реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей тощо).

Ф. Е. Василюк виділяє такі **типи критичних ситуацій**:

- *стрес* – неможливість реалізації «вітальних» тут-і-тепер установок;
- *фрустрація* – непереборні труднощі в реалізації життєво необхідних мотивів;

- *конфлікт* – суб'єктивно нерозв'язне протиріччя мотивів та цінностей;

- *криза* – ситуації, що сприяють неможливості реалізації життєвих задумів.

Відмінності у чотирьох типах ситуацій пояснюються з позицій різних онтологічних підходів, в описі різних типів активності і внутрішньої необхідності. Автор зазначає, що критична ситуація має складну внутрішню динаміку, а типи ситуацій взаємовпливають один на одного. Практичне значення такої типології залишається незмінним – вона дає змогу чітко диференціювати характер критичної ситуації, що обумовлює оптимальні способи надання допомоги людині.

Емоційно складна життєва ситуація, яку різні автори називають також утрудненою, або ситуацією важких життєвих умов, ситуацією повсякденних неприємностей (daily hassles), – це значуща для особистості ситуація, що спрямована до емоційномотиваційної сфери і передбачає необхідність переживання як процесу. З такою ситуацією людина здебільшого впорається самотійно.

Проблемна ситуація може виникати в окремій діяльності, наприклад, навчальній, професійній, пізнавальній тощо, не поширюючись на решту сфер життєдіяльності та не впливаючи вирішально на самооцінку, рівень самоповаги, ставлення до власного життя.

Критична ситуація передбачає конфліктні, складні, утруднені, суб'єктивно несприятливі життєві обставини, які потребують перегляду головних життєвих стратегій, внесення істотних коректив у життєвий сценарій.

Екзистенціальна ситуація переживається під час такої глибокої кризи, коли тимчасово втрачається сенс існування і людина опиняється перед вибором між життям і смертю.

Термінальна ситуація виникає вже за межею екзистенціального вибору, коли людина знає про свою приреченість і може лише впливати на якість останнього відтинку життя, яке залишається. Людина за цієї ситуації опиняється перед найскладнішим і найвідповідальнішим у її житті вибором – вона обирає або можливість поступового згасання, коли від неї вже нічого не залежить, або все ж таки можливість мужньо, з почуттям власної гідності, зустріти смерть.

Значне поширення як у науковому, так і в соціальному контексті набуло поняття **«важка життєва ситуація»**, яке, як правило, розглядається в найбільш широкому контексті і може містити всі перелічені вище терміни. Водночас саме цей термін найскладніше чітко визначити тому, що він вбирає в себе практично всі варіанти подій, пов'язаних з різним ступенем дискомфорту їх учасника. Під важкими життєвими ситуаціями можуть матися на увазі як катастрофічні події, що загрожують життю великої кількості людей, так і повсякденні події, які містять суб'єктивні пережиті незручності для конкретної людини і об'єктивні загрози і небезпеки її фізичному і психічному благополуччю.

Усі виокремлені типи травмуючих ситуацій суб'єктивно переживаються як більш-менш гостра необхідність реконструкції ставлення до себе, власного минулого, сьогодення і майбутнього. Порушується спонтанність буття, зростає відчуття внутрішнього та зовнішнього хаосу, втрачається структурованість життєвого світу. Можливості усвідомлення нею власних проблем майже завжди залишаються вкрай незадовільними.

Загалом можна узагальнити такі **основні риси травмуючої ситуації**:

- вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;
- висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті та впливає на картину світу особистості і переживання фундаментальної невразливості;

- характеризується подвійністю, оскільки, з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з другого – апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін;

- руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи її на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов'язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;

- під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;

- під час неї утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;

- обмежує здійснення самореалізації особистості та ускладнює можливості в задоволенні потреб;

- обмежує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;

- детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;

- супроводжується появою тріадичної структури *«розлад – адаптація – розвиток»*.

Важливим, на наш погляд, є підхід автора до розмежування екстремальних ситуацій, пов'язаних з такими умовами, які вимагають негайного втручання та усунення, а також з умовами, які пов'язані з діяльністю людини в обставинах, що висувують до нього підвищені або надмірні вимоги, але не припускають їх негайного усунення. Для розмежування таких умов вводяться поняття «катастрофічна» і «некатастрофічна» екстремальність. У першому випадку маються на увазі ситуації, що містять загрози і небезпеки для життя і здоров'я людини, які вимагають запобігання та усунення, у другому – маються на увазі такі умови, в яких здійснюється професійна діяльність людини.

Жертви війни, стихійних лих та катастроф ***страждають від факторів, викликаних екстремальною ситуацією:***

1. *Раптовість*. Лише про деякі лиха люди попереджаються – наприклад, поступово досягають критичної фази повені або насувається ураган, шторм. Чим раптовіша подія, тим вона руйнівніша для жертв.

2. *Відсутність подібного досвіду*. Оскільки бойові дії, лиха та катастрофи є рідкісними явищами, то люди часто вчаться переживати їх у момент стресу.

3. *Тривалість*. Цей фактор варіює від часу до часу. Наприклад, повінь, яка поступово розвивається, може так само повільно і спадати, а землетрус (обстріл, бомбардування) триває кілька секунд і приносить набагато більше руйнувань. Проте у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, у випадках викрадення літака, окупації, полону) травматичні ефекти можуть розмножуватись з кожним наступним днем.

4. *Недолік контролю*. Ніхто не в змозі контролювати події під час катастроф, бойових дій, окупації, полону. Може спливати чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати звичайні події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей, то можуть виникнути ознаки *«навченої безпорадності»*.

5. *Горе і втрата.* Жертви катастроф, бойових дій можуть розлучитися із значущими людьми або втратити когось з близьких; але найгірше – це перебувати в очікуванні звісток про можливі втрати. Крім того, жертва може втратити через катастрофи, бойові дії свою роботу (бізнес), соціальну роль і позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може позбутися будь-яких надій на відновлення втраченого.

6. *Постійні зміни.* Руйнування, викликані катастрофою, бойовими діями, можуть виявитися неочікуваними: жертва може опинитися у зовсім нових та ворожих умовах.

7. *Експозиція смерті.* Навіть короткі загрозливі ситуації для життя можуть змінити особистісну структуру людини та її “пізнавальну карту”. Повторювані зіткнення зі смертю (загиблими) можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю (загиблими родичами, побратимами) ймовірно виникнення важкої екзистенційної кризи.

8. *Моральна невпевненість.* Жертва катастрофи, бойових дій може опинитися перед необхідністю приймати пов’язані з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, – наприклад, кого рятувати (поранені, жінки діти або себе), наскільки ризикувати (життям інших чи своїм), кого звинувачувати.

9. *Поведінка під час події.* Кожна людина прагне виглядати достойно у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що вона здійснила або не здійснила під час катастрофи, бойових дій може переслідувати її дуже довго після того, як інші рани вже затяглися.

10. *Масштаб руйнувань.* Переживши катастрофу, бойові дії, окупацію, людина, як правило, вражена її негативними наслідками у соціальному житті. Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишитися чужинцем, інакше емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією.

На переконання дослідників О. Євсюкова та В. Садкового, психотравмуючими є ті події, які викликають переживання інтенсивного страху та безпорадності.

За Американською класифікацією хвороб DSM–IV, травматичною можна назвати таку ***подію, яка пов’язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності.*** Але інколи психологічна травма ***виникає через те, що людина стає свідком загрозливої події, поранення або смерті зовсім чужої людини.***

2. Поняття про психічну травму.

Поняття ***«психічна травма»*** не має чіткого визначення в сучасній вітчизняній психології. Свого найбільшого поширення це поняття отримало в рамках теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років у кризовій психології.

Історія поняття травми впливає з ранніх праць 3. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як ***глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що надає патогенний вплив на психіку***

людини та є підґрунтям невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не в зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні Его, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях.

Поняття *«травма»* у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла.

Травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, все залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар'єра тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й *психічна травма*.

Психіка, так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, і все, що порушує цю стабільність, витісняється за термінологією З. Фрейда. На відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, психічна травма *може мати інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе*, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти.

Друга істотна відмінність психічної травми від фізичної полягає в тому, що вона *невидима та об'єктивується за непрямыми ознаками*, головною з яких є душевний біль. Рефлекторна реакція організму на будь-який біль – це відсторонення, уникнення, позбавлення. Але основна функція болю – інформаційна, вона повідомляє про наявність ушкодження та запускає механізм на зцілення й виживання організму.

Психічний біль так само *інформує про психологічне неблагополуччя та запускає механізм зцілення психіки* – роботу захисних механізмів, зокрема механізмів витіснення та придушення або відповідну реакцію. Відповідна реакція на травматичний вплив присутня завжди, і чим інтенсивніша травма, тим сильніша зовнішня дія або внутрішнє переживання. Відповідною реакцією може бути удар, сварка, почуття безсилля та плач, якщо людину вдарили або принизили.

Відповідна реакція дає змогу *здійснити розрядження надмірного психічного збудження*, що виникає під час травматизації. У випадку коли психічне збудження, яке зросло, не може бути відреаговано (зокрема, вербально, як відомо, слова можуть замінювати не тільки дії, а й переживання), починають працювати захисні механізми психіки. Вони трансформують енергію травматичного збудження у тілесні симптоми, отже, розрядження відбувається в соматичній сфері. Відбувається те, що в психоаналізі називають *конверсією*.

Психосоматична психотерапія розглядає символічне *значення конверсійних симптомів, локалізованих у тілі* так:

- *образа*, яку людина не змогла “проковтнути”, локалізується в ділянці ковтання у вигляді захворювань горла, щитоподібної залози, а образа, яку людина не змогла “переварити”, – в ділянці шлунково-кишкового тракту;

- *«травма розбитого серця»*, або ситуація, якою переймаються, має локалізацію у серці;

- **почуття провини** викликає нудоту, блювоту, спазми судин, а сексуальна провина – часті сечовипускання, енурез, цистит;

- **«невиплакані сльози»** та пригнічений плач викликають розлад кишечника та риніт (сльози знаходять інший шлях виходу);

- **безсила лють та пасивна дратівливість** від життєвої ситуації, відсутність підтримки й опори – порушення опорнорухового апарату;

- **травми приниження та удари по самолюбству** – проблеми з судинами, головний біль, гіпертонію;

- **довербальні травми** – порушення мовлення.

З. Фрейд вказував, що оскільки *соматизація сприяє розрядженню психічного напруження*, у психіці формується специфічне «ментальне ядро» або «пункт перемикавання», асоціативно пов'язаний з усією «атрибутикою» отриманої психічної травми. Це «ментальне ядро» почне активізуватися щоразу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування.

Вчений називав цей процес феноменом **«нав'язливого повторення»**. Таким чином, психічна травма має надзвичайно **«хорошу пам'ять»**, а її жертви страждають переважно від спогадів та патологічних патернів реагування, реалізованих несвідомо.

З точки зору З. Фрейда, вирішальним моментом для результату та наслідків травми є не її сила, а *підготовленість або неготовленість організму, яка виражається в його потенціалі*. Специфічно, що травма не завжди проявляється у чистому вигляді, як хворобливий спогад або переживання. Вона стає нібито **«збудником хвороби»** та викликає різні симптоми (фобії, obsesії, заїкання тощо).

За власними спостереженнями вчений визначив, що симптоми можуть зникати, якщо вдається з усією емоційністю відтворити в пам'яті, *повторно пережити та проговорити травматичну подію*.

Пізніше ці спостереження стали підґрунтям психоаналітичної психотерапії та дебрифінгу роботи з психічними травмами.

Основні положення теорії травми З. Фрейда:

- психічні травми відіграють важливу роль в етіології неврозів;

- переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного фактора;

- при певній психологічній конституції травмою стає те, що при іншій не викликало б подібних наслідків;

- усі психічні травми виникають у ранньому дитинстві;

- психічними травмами є або переживання власного тіла, або чуттєві сприймання та враження;

- наслідки травми бувають подвійного виду – позитивні та негативні; *позитивні наслідки травми* пов'язані із зусиллям згадати забуте переживання, зробити його реальним, знову пережити його повторення (фіксація на травмі та нав'язливе її повторення); *негативні наслідки травми* пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення та фобій;

- невроз – це спроба зцілення від травми, прагнення примирити одну частину «Я», що відкололася під впливом травми з іншими частинами.

У своїй *праці «Психоаналітична теорія неврозів»* **О. Феніхель** писав про те, що будь-який, *раптовий та сильний потік подразників* здатний викликати психічну травму в індивіда. Але для подальшої психопатології важливо, наскільки можливою була в період травми *моторна реакція*, позаяк її блокування істотно збільшує ймовірність психічного розладу. Автор підкреслював, що травмуючий вплив прямо пропорційний його раптовості, та визначив **типові симптоми психічної травми**:

- блокування або зниження функцій «его», втрата почуття реальності та адекватного сприйняття дійсності;
- періодичні *напади неконтрольованих емоцій*, особливо тривоги та гніву;
- *безсоння або тяжкі порушення сну* з типовими сновидіннями, в яких знову та знову переживається травма;
- «*програвання*» *травматичної ситуації* у формі фантазій, думок, переживань;
- ускладнення у вигляді психоневрологічних симптомів.

Ідея *З. Фрейда* про *травматогенний ефект несвідомих фантазій* була *сприйнята та розвинена* **К. Юнгом**. Розпочате ним дослідження блокованих афектів та дисоційованих станів призвело до висновку про існування безлічі різних індивідуальних історій та фантазій (комплексів), що стосуються травми, інакше кажучи – до розуміння множинності травми.

У пізніших працях поняття психічної травми розглядалося у контексті теорії стресу в якості **особливої форми загальної стресової реакції** (**Г. Сельє, 1979; О. Черепанова, 1997**). Відповідно до цього підходу **травматичний стрес** настає в тому випадку, якщо стресогенний фактор досить сильний, продовжується впродовж тривалого часу, *перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного «ламання» в організмі*. Якщо переживання стресової ситуації в нормі мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню людини до мінливих умов, то *травматичний стрес виснажує його адаптаційні можливості*.

У сучасних працях психологічна травма визначається як *стан сильного страху, що переживається людиною при зіткненні з раптовою подією, яка є потенційно загрозливою її життю. Такий страх перевершує можливості індивіда та не дозволяє йому контролювати та ефективно реагувати* (**P. Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001**).

Серед сучасних теорій психічної травми існує цікавий підхід, розроблений американським вченим **П. Левіном**. Розвиваючи його, автор інтегрував відповідні знання не тільки психології та психотерапії, а й біології, психофізіології, а також нейропсихології. Травма розуміється автором як *прорив у бар'єрі, що захищає людину від впливів та супроводжується надзвичайно сильним почуттям безпорадності*.

Психологічна травма, як правило, *виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події*. З точки зору П. Левіна, руйнівна сила психічної травми залежить від *індивідуальної значущості травмуючої події, ступеня її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції* (P. Levine, 1997).

Реакції людей на потенційну загрозу широко варіюють, тому джерела травми, як правило, важко класифікувати. **Г. Сельє** вважав, що *джерелом стресового переживання є будь-яка вимога, яка пред'являється людині* (Г. Сельє, 1979).

П. Левін писав, що зазвичай *травму пов'язують з впливом таких подій, як війна, фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нещасні випадки або природні катастрофи*. Однак існує багато «звичайних» подій, навіть цілком сприятливих, які можуть стати не менш травмуючими. Наприклад, незначна дорожньо-транспортна пригода часто призводить до появи фізичних, емоційних і психологічних симптомів, що підривають здоров'я. Стандартні медичні процедури й хірургічні операції можуть переживатися людиною як надзвичайно травматичні, хоча насправді вони не є такими (P. Levine, 1996).

Д. Калшед констатував, що *психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травматичних подій, а й з причини внутрішньої роботи самої психіки*.

Психіка реагує на зовнішню травматичну подію за такою схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню «самотравмуючу силу», а потім відбувається малігнізація, «злоякісне переродження» психологічних захистів, які перетворюються з системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний «архаїчний» рівень (відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансівні стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипних реакцій, втрата сенсу існування), психіка регресує, тому звернення до раціональної частини виявляється скрутним. Друга лінія захистів, тобто примітивні «архаїчні» захисти, покликані відреагувати травму та запобігти руйнуванню особистості.

Головний висновок, якого дійшов Д. Калшед, полягає у тому, що *травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення*. Так, травмовані люди починають постійно виявляти себе в життєвих ситуаціях, в яких вони піддаються повторній травматизації. З. Фрейд так само писав про «**невроз долі**», який полягає в тому, що люди у своєму житті схильні постійно «наступати на одні й ті самі граблі», повторюючи, таким чином, свій травматичний досвід.

Наприклад, *людина з травмою приниження часто опиняється в ситуаціях приниження, ударів по самолюбству, людині з травмою зради постійно зраджують*.

Д. Калшед пише про те, що існують *психічні травми не сумісні з життям особистості* за аналогією несумісних із життям тіла фізичних травм. У цьому випадку тієї особистості, яка була до травми, після неї вже не існує. Але, на відміну від фізичної травми, не сумісної з життям, ця втрата не безповоротна. У зв'язку з цим **терапія психічних травм повинна починатися із встановлення**

довіри, яка виникає через розуміння та співчуття психолога, і тільки після цього переходити до поступового відновлення нормальних, зрілих захистів з наступним переходом до відновлення втраченого сенсу існування.

Австро-американський психоаналітик **О. Ранк** увів поняття *«травма народження»* – це несвідомі переживання людини, пов'язані з її появою на світ. Згідно з його поглядами травма, отримана при народженні, є причиною виникнення неврозів, а переживання страху народження – «першою репетицією», прообразом переживань усіх інших ситуацій небезпеки. Травма народження та викликаний нею страх, згідно з О. Ранком, є *основними факторами розвитку людини та джерелом невротичних захворювань.*

У внутрішньоутробному стані майбутня дитина органічно з'єднана з матір'ю, порушення цієї гармонії при народженні викликає у неї тривогу. Незахищеність дитини перед зовнішнім світом може стати причиною того, що у неї виникне прагнення повернутися у первісний стан, а неможливість здійснення цього призведе до появи неврозу. Доросла людина на несвідомому рівні у певній формі та мірі теж відчуває тугу за втраченою гармонією.

Під час сексу у чоловіка відбувається символічне *прилучення до материнського лона*, а у жінки виникає бажання увібрати в себе чоловіка, щоб злитися з ним в одне ціле та відчути *блаженство внутрішньоутробного періоду.* Завданням психоаналізу О. Ранк вважав усунення спогадів про травму народження шляхом переносу несвідомих страхів пацієнта у його свідомість та розуміння того, що відділення дитини від матері є неминучим процесом психічного розвитку.

Серед сучасних авторів проблематиці психічної травми присвячено монографію *«Психічна травма» М. М. Решетнікова*, який вперше на підставі широкого психолого-психіатричного підходу зробив аналіз історії теорії психічної травми, аналіз самої теорії, патогенезу, діагностики та терапії психічної травми.

Загальноприйнятої класифікації психічних травм у науці поки не існує, однак існують різні варіанти. Насамперед виділяють дитячі травми, які здійснюють сильний патогізований вплив на психіку та розвиток дитини у зв'язку з її неможливістю відповідно зреагувати на травмуючу подію.

Види дитячих травм:

1. *Травма «покинутості»* виникає у дитячому віці при відсутності або недостатньому фізичному контакті дитини з матір'ю. Дитина до початку самостійного ходіння не відділяє своє тіло від тіла матері, та за відсутності матері переживає сильну тривогу й страх. Люди, які мають травму “покинутості”, схильні до різних залежностей, симбіотичних стосунків, інфантильності та страхів втрати коханого об'єкта.

2. *Травма «відкидання»* виникає з «холодною або мертвою» матір'ю (термінологія психоаналітичних теорій), емоційно не залученою у життя дитини з таких причини: післяпологової депресії, стресу, небажанням мати дитину, проблем у сім'ї, відсутністю партнера тощо. Люди, які мають таку травму, живуть з почуттям власної непотрібності й незатребуваності, вони не можуть

самореалізуватися, виражати свої почуття та перебувати у близьких емоційних відносинах, уникають емоційних проявів.

3. *Травма «позбавлення»* виникає при нехтуванні потребами дитини (мама не підходить до малюка, коли він плаче, не заспокоює його страхи, не забезпечує необхідні догляд, підтримку й увагу). Люди, які мають подібну травму, живуть з відчуттям нестачі уваги оточуючих, постійно прагнуть її завоювати, схильні до маніпуляцій, не відчують задоволення у житті.

4. *Травма «зради»* виникає при розчаруванні дитини своїми батьками, яких вона обожає (прикладом може бути побачена дитиною сцена сексуального акту між батьками). Різновидом цієї травми є *«травма повалення з трону»* (термін А. Адлера), яка виникає у дитини при народженні молодших дітей, яким приділяється більше батьківської уваги. Люди, які пережили цю травму, втрачають почуття довіри до людей, відчужуються та замикаються в собі або різноманітними способами намагаються догодити оточуючим, щоб символічно «повернути» любов батьків.

5. *Травма сексуальної спокуси* виникає при використанні дорослими дитини або підлітка для задоволення своїх сексуальних потягів та призводить до сексуальних і емоційних проблем.

6. *Травма «наси́льства»* виникає при систематичному жорстокому поводженні з дитиною з боку дорослих, нанесення їй тілесних ушкоджень. Травма «наси́льства» призводить до виникнення психопатії або формування психопатичного асоціального характеру.

7. *Травми «прини́ження»* або нарцисичні травми – це удари по самолюбству дитини, прини́ження, зневага, зниження самооцінки, що призводять до порушень «Я-концепції» та виникнення комплексів неповноцінності. Психічні травми прини́ження, насильства, відкидання, зради відбуваються також і у дорослому житті, але, як правило, за «повторним» дитячим сценарієм. Доросла людина відтворює дитячі травми, потрапляючи у травматичні ситуації з тими емоційними реакціями, патернами поведінки та переживаннями, що й у дитинстві.

Наприклад, *доросла людина з травмою прини́ження буде «притягувати» до себе ситуації, у яких вона терпітиме зну́щання та прини́ження, а якщо має травму відкидання, то за «фатальною» випадковістю знайде собі партнера емоційно холодного та страждатиме від відсутності близькості у стосунках.*

Ось чому З. Фрейд свого часу наполягав на лікуванні «неврозу долі» від дитячих травм.

До психічних травм також належать:

- втрати близьких людей (фізичні – смерть, психологічні – розлучення);
- травма «розбитого серця» (зрада, нерозділене кохання);
- зґвалтування, сексуальні спокушання;
- пережиті нещасні випадки, бойові дії та катастрофи.

Найбільше психічних травм відбувається у *сфері міжособистісних стосунків, особливо близьких та інтимних*. Психоаналітики припускають, що близькі стосунки амбівалентні за своєю природою, є аналогом дитячо-батьківських стосунків, у яких відтворюються давні конфлікти та травми.

У зв'язку з цим лікування психічних травм, пов'язаних з міжособистісними стосунками, необхідно проводити обов'язково з опрацюванням дитячих травм.

М. Решетніков у праці «Психічна травма», посиляючись на публікацію **Р. Кеслера**, дає класифікацію психічних травм залежно від їх частоти та прогностичного значення щодо розвитку ПТСР за американською репрезентативною вибіркою.

За частотою **провідного травматичного фактора травми класифікуються** у порядку спадання:

- спостереження насильства або нещасного випадку;
- нещасні випадки та аварії;
- пожежі та стихійні лиха;
- загроза застосування зброї;
- фізичне насильство;
- сексуальні домагання;
- зґвалтування;
- погане поводження з дитиною в дитинстві;
- участь у бойових діях;
- зневага людини у дитинстві.

Психічна травма проявляється у порушеннях системи відносин між людьми, ускладнює особисте життя, руйнує значущі міжособистісні зв'язки, проявляється в асоціальній та девіантній поведінці.

Неадекватні форми переживання психічної травми обумовлюють **глибокі порушення у життєдіяльності та розвитку людини на трьох рівнях:**

- деструктуралізація відносин особистості зі світом та оточенням, втрата довіри до життя та людей;
- емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади;
- психосоматичні захворювання.

Конструктивні способи подолання психічних травм здатні актуалізувати внутрішні ресурси людини та започаткувати особистісний і духовний розвиток.

Етапи психічної травми.

Дитячий психолог **А. Венгер** у своїй книзі «Психологічна допомога дітям та підліткам після Бесланської трагедії» виокремлює типові для постраждалих від травматичних ситуацій **етапи переживання психологічної травми:**

- шоківий етап;
- етап стабілізації;
- етап відновлення;
- етап особистісної та соціальної інтеграції (А. Л. Венгер, О. І. Морозова).

Шоківий етап. Перша реакція на важку психологічну травму – шоківий стан. Піддатливість шоківому стану особливо висока у дітей через їхню емоційну незрілість. Цей стан може проявитися **у різних формах:**

- патологічного гальмування;
- патологічного збудження.

При **патологічному гальмуванні** дитина бліда, малорухлива, її дії загальмовані, міміка проявляється слабо («маскоподібне обличчя»). Вираз

обличчя може бути нейтральним, сумним або наляканим. Мова бідна, тиха. Інколи спостерігається елективний мутизм (відмова від використання мови в певних ситуаціях) або тотальний мутизм (повна відмова дитини від використання мови). Реакція на зовнішні подразники дуже ослаблена. Дитина може не відповідати на поставлені їй запитання, не звертати уваги на оточуючих людей, які намагаються встановити з нею контакт.

При *патологічному збудженні* спостерігається висока рухова активність дитини, але ця активність не має цільового направлення. Дитина може кудись бігти, кричати, голосно плакати, можливі агресивні та деструктивні (руйнівні) дії.

У шоківому стані у дитини різко знижена реакція на будь-які зовнішні впливи. Досить часто патологічне збудження та патологічне гальмування в однієї і тієї самої дитини чергуються: гальмування змінюється збудженням, потім знову розпочинається гальмування.

Таким чином, загальною характеристикою шоківому стану є відсутність цілеспрямованої активності дитини і відсутність контакту з оточуючим світом.

Етап стабілізації. Якщо психологічна підтримка була відсутньою або неефективною на попередньому етапі, то у дитини, яка пережила психотравмуючу подію, можуть з'явитися симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

3. Співвідношення понять стресу, травматичного та посттравматичного стресового розладу.

У науці існують різні теоретичні підходи до розуміння й вивчення стресу, травми й посттравматичного стресу, які показують ці терміни у взаємозв'язку та відмінностях.

У зарубіжних дослідженнях поняття **«post-traumatic stress disorder»**, **«traumatic stress»**, **«post-traumatic stress»** контекстуально залежні, поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми.

У вітчизняних наукових публікаціях категорія **ПТСР** набуває все більшого поширення, а в науково-популярних виданнях найчастіше використовується поняття **«травматичний»** та **«посттравматичний»** стрес або просто **«стрес»**.

Під *стресом* у психологічній науці розуміють особливий стан психіки, організму в цілому, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь-якого стресового (часто екстремального) впливу.

До основних *рис психічного стресу* належать такі:

- стрес – це стан організму, що виникає в результаті взаємодії між організмом та середовищем;
- стрес – більш напружений стан, ніж звичайний мотиваційний; необхідною умовою його виникнення є сприйняття людиною погрози;
- явища стресу виникають тоді, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

Травматичний стрес – це особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини. У цьому випадку стрес для людини є травматичним та

може стати причиною психологічної травми. На переконання дослідників **В. Ромек, В. Конторович** травматичний стрес має **деякі відмінні особливості**:

- подія, що відбулася, усвідомлюється (людина розуміє те, що з нею сталося та з якої причини у неї погіршився психологічний стан);
- існують зовнішні причини, які викликають цей стан;
- пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя;
- подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності.

Термін **«посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)»** був вперше запропонований **М. Хоровіц**. Ним були розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб.

Відповідно до **МКХ-10 (Міжнародного класифікатора хвороб – основного діагностичного стандарту в європейських країнах)** визначається, що услід за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Під **«звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як:**

- втрата близької людини, що відбулася через природні причини;
- важка хронічна хвороба;
- втрата роботи;
- сімейні конфлікти тощо.

До стресорів, що **виходять за межі звичайного людського досвіду**, належать ті події, які можуть травмувати психіку майже будь-якої здорової людини:

- стихійні лиха;
- техногенні катастрофи;
- події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, попадання у “ситуацію заручника”, руйнування власного будинку тощо).

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад **(ПТСР) являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності.**

Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть або поранення іншої людини (особливо – близької людини), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років – у цьому полягає особливість ПТСР (**І. Г. Малкіна-Пих, 2008**).

Тема 4. Гострий і посттравматичний стресові розлади під час війни та їх психологічні наслідки.

1. Особливості та критерії діагностики гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу.

а). Основні групи симптомів ПТСР.

б). Основні стадії тривалого Стресового стану.

2. Розвиток особистості за травматичним типом внаслідок пережитого травматичного досвіду.

а). Основні психогенні чинники екстремальних ситуацій.

б). Класифікація психосоматичних наслідків впливу травмуючих ситуацій.

в). Основні клінічні симптоми ПТСР.

г). Основні типи ПТСР.

1. Особливості та критерії діагностики гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу.

Під час *гострої реакції на стрес (ГСР)* симптоми зберігаються до одного місяця, а під час *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* – більше одного місяця.

Під час *відстроченої реакції на стрес (відстрочене ПТСР)* симптоми з'являються після трьох, шести місяців, іноді через кілька років.

У психологічній науці виділено **критерії діагностики гострої реакції на стрес**, до яких належать:

- переживання важкого психічного або фізичного стресу;
- розвиток симптомів розпочинається безпосередньо протягом години;
- різні ступені вираженості напруги тривожності та вегетативних проявів, а у більш важких випадках: звуження уваги, очевидна дезорієнтація, гнів, агресія, відчай, безглузда гіперактивність;
- при усуненні стресу симптоми редукуються не раніше, ніж через 8 годин, при збереженні стресу – не раніше, ніж через 48 годин;
- відсутність ознак будь-якого іншого психічного розладу (крім тривожного).

Гострий стан пов'язаний із впливом фактора несподіваності та раптовості. Виокремлюють *три періоди розвитку гострої ситуації*, кожний з яких потребує різних інтервенцій кризових спеціалістів (О.М. Корюкін, 2005; А.А. Осипова, 2005; В.Г. Ромек, 2005; В.Ю. Слабинський, 2006; Н.В. Тарабріна, 2001 та ін.).

1. Гострий період характеризується загрозою власному життю та життю близьких, що виникла раптово. Він триває від початку впливу до організації рятівних заходів (це можуть бути хвилини або часи). Потужний екстремальний вплив стосується в цей момент здебільшого життєвих інстинктів (самозбереження) і зумовлює розвиток неспецифічних, неособистісних психогенних реакцій, в основі яких – страх різної інтенсивності (В.І. Лебедев, 1989). У цей час спостерігаються переважно психогенні реакції психотичного та непсихотичного рівня. Особливе місце посідають психічні розлади у тих, хто

отримав травми та поранення. У таких випадках украй необхідним є проведення кваліфікованого диференційно-діагностичного аналізу, спрямованого на виявлення причинно-наслідкового зв'язку психічних порушень як безпосередньо з психогеніями, так і з отриманими пошкодженнями (наприклад, черепно-мозковою травмою, інтоксикацією внаслідок опіку тощо).

2. У другому періоді, перебіг якого припадає на розгортання рятувних робіт, починається, за образним висловом, *«нормальне життя за екстремальних умов»*. У цей час на формування станів дезадаптації та психічних розладів здебільшого впливають особливості особистості постраждалого, а також усвідомлення ним не лише небезпеки, яка ще триває, а й можливості появи нових стресових факторів, таких, як втрата рідних, дому, майна, роз'єднання сім'ї. Пролонгованому стресу в цей період значною мірою сприяє очікування на повторні впливи, невідповідність результатів рятувних робіт очікуванням постраждалих, необхідність ідентифікації загиблих рідних. Психоемоційна напруга, характерна для початку другого періоду, змінюється наприкінці підвищеною втомою та «демобілізацією» з астенодепресивними проявами.

3. У третьому періоді, що починається вже після евакуації постраждалих до безпечних районів, у багатьох відбувається складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінюються власні переживання та відчуття, тому цей період отримав умовну назву *«калькуляції витрат»*.

Набувають актуальності психогенно-травмуючі фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, яка може втілюватись, наприклад, у проживанні у поруйнованому районі або місці евакуації. Переходячи у хронічну форму, вони сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Поряд із неспецифічними невротичними реакціями та станами в цей період починають домінувати патохарактерологічні зміни, посттравматичні та соціально-стресові розлади. У таких випадках спостерігають реакції двох типів: «соматизацію» багатьох невротичних розладів або протилежну цьому процесу «психопатизацію», пов'язану з усвідомленням травматичних ушкоджень та соматичних захворювань, а також реальними складнощами життя постраждалих. На цьому етапі рекомендоване створення та робота терапевтичних груп (С.Г. Сукіасян, 2003).

Визначення *стресора*, що спричинює формування ПТСР, існує у такій версії: людина була залучена до стресової події (короткої чи тривалої) надзвичайно загрозливого або навіть катастрофічного характеру, прикладами якої є природні або спричинені людиною лиха, військові дії, нещасні випадки, ситуація, коли індивід виступає свідком або дізнається про насильницьку смерть іншого, є свідком або жертвою катування, тероризму, зґвалтування та інших злочинів (К. Gailiene, 2005).

Тривалий стрес часто містить шок, притаманний гострому горю, проте ускладнений власними фізіологічними особливостями.

а). Основні групи симптомів ПТСР.

У психологічній науці виділено *три групи симптомів ПТСР*:

1. Симптоми повторного переживання: повторні нав'язливі негативні спогади про подію; повторні негативні сни, пов'язані з подією; раптові образи й почуття (флешбеки); інтенсивний психологічний стрес під час подій, що нагадують або символізують травму.

2. Симптоми уникнення: уникнення думок і почуттів, пов'язаних з подією; уникнення діяльності, пов'язаної з подією; неможливість згадати деталі події; зниження інтересу до раніше значущої діяльності; почуття відстороненості, відчуження від інших людей; збіднення почуттів; відсутність орієнтації на майбутнє.

3. Симптоми підвищеної збудливості: труднощі засинання, безсоння; дратівливість; труднощі концентрації уваги; надпильність; вибухові реакції; фізіологічна реакція на події, що символізують або нагадують травму.

Основні порівняльні ознаки прояву посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу наведено в таблиці.

Основні порівняльні ознаки прояву посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу

№ пор.	Посттравматичний стресовий розлад	Гострий стресовий розлад
	1	2
1	Стійке уникнення стимулів, асоційованих з травмою, зменшення загальної реактивності організму (що були відсутні до травми), виявляються в таких ознаках: спроби уникнути думок, почуттів або розмов про травму. Спроби уникнути діяльності, місць або контакту з людьми, що викликають спогад про травму. Нездатність згадати який-небудь важливий аспект події.	Травмуюча подія нав'язливо переживається знову одним з таких способів: нав'язливі неприємні спогади, які містять образи, думки або сприйняття. Повторюються неприємні сновидіння про подію. Відчуття ожилого досвіду, ілюзії, галюцинації, дисоціативні флешбеки, включаючи ті, які виникають у стані напівсну або в період інтоксикації.

б). Основні стадії тривалого Стресового стану.

Нижче наведено стадії тривалого стресового стану (Г.І. Косицький, 1985):

1. Стадія мобілізації: супроводжується підвищенням уваги, загальної активності суб'єкта. Вважається нормальною, робочою стадією, коли сили організму витрачаються в економному, виправданому за таких обставин режимі. Навіть часті навантаження, що мають місце на цій стадії, стають своєрідним тренуванням, підвищують стресостійкість організму.

2. Якщо проблема не вирішується, розвивається *фаза стенічної негативної емоції*, на якій виникає надлишок негативних емоцій, що мають активно-дійовий характер – гнів, лють, агресія. Ресурси організму витрачаються неекономно, у

спробі досягти свого на карту ставиться все. Така поведінка призводить до поступового виснаження.

3. Фаза *астенічної негативної емоції* характеризується домінуванням емоцій, що мають пасивно-безсильний, занепадницький характер.

Людину охоплює відчай, невір'я у можливість вийти зі складної ситуації. У літературі з проблеми дослідження кризових станів зустрічаються описи випадків, коли людина застряє в цій фазі (так званий стан анапсіозу): не реагує на звернення та дії, уповільнює контроль над зовнішніми подіями, їй притаманні дії, неадекватні логіці подій, що відбуваються (Н.П. Петрова, 2002; 2004).

Розвиток апатії, пасивності, іноді з кататоноподібними симптомами – найнесприятливіший варіант реакцій на тривалу стресову ситуацію. Людина припиняє притаманну їй активність, не бере участі у подіях, що відбуваються навколо, розцінює ситуацію як безнадійну.

4. Остання стадія – *невроз, зрив*. Людина повністю деморалізована, вона змирилась із поразкою. Саме тоді з'являються наслідки, які стрес залишає в організмі – депресія, початкові стадії психосоматичних захворювань, що можуть перейти із переважно зворотних порушень у стійкі.

2. Розвиток особистості за травматичним типом внаслідок пережитого травматичного досвіду.

Психічні стани людей в екстремальних ситуаціях різноманітні. У початковий момент реакції людей переважно вітальної спрямованості, зумовленої інстинктом самозбереження. Рівень доцільності таких реакцій різний у різних індивідів – від панічних і безглузвих до свідомо цілеспрямованих.

Іноді люди відчувають стан психогенної анестезії (відсутність почуття болю) у перші п'ять-десять хвилин після отриманих травм, опіків при збереженні ясної свідомості і здатності до раціональної діяльності, що дає змогу деяким з потерпілих врятуватися. В осіб з підвищеним почуттям відповідальності тривалість психогенної анестезії в окремих випадках досягає 15 хвилин, навіть при опікових ураженнях площею до 40 % поверхні тіла. Одночасно може відзначатися гіпермобілізація психофізіологічних резервів і фізичних сил. Деякі постраждали, як свідчить медицина катастроф, здатні вибратися з перевернутого вагона, у якому заклинило вихід з купе, буквально роздираючи голими руками перегородки даху.

Гіпермобілізація в початковий період властива майже всім людям, якщо ж вона поєднується зі станом паніки, то може і не привести до спасіння людей. Екстремальні ситуації характеризуються низкою істотних психогенних ознак, роблять деструктивний, руйнівний вплив на соматiku і психіку людини.

а). Основні психогенні чинники екстремальних ситуацій.

До них можна віднести такі психогенні чинники:

Паніка – один з психічних станів, властивих екстремальним ситуаціям. Вона характеризується дефектами мислення, втратою свідомого контролю і осмислення подій, що відбуваються, переходом на інстинктивні захисні рухи, дії,

які можуть частково або повністю не відповідати ситуації. Людина метушиться, не усвідомлюючи, що вона робить, або ціпеніє, стовпіє, відбувається втрата орієнтації, порушення співвідношення між основними і другорядними діями, розпад структури дій та операцій, загострення оборонної реакції, відмова від діяльності тощо. Це викликає і посилює тяжкість наслідків ситуації.

Аферентація – специфічне реагування організму в різко змінених, незвичних умовах існування. Виразно виявляється під час впливу невагомості, високих або низьких температур, високого чи низького тиску. Може супроводжуватися (крім вегетативних реакцій) вираженими порушеннями самосвідомості, орієнтації в просторі, афектацією, деперсоналізацією і дереалізацією особистості.

Афектація – сильне і водночас короткочасне нервово-психічне збудження. Характеризується зміненим емоційним станом, пов'язаним зі зміною важливих для суб'єкта життєвих обставин. Зовні проявляється в різко виражених рухах, бурхливих емоціях, супроводжується змінами у функціях внутрішніх органів, втратою вольового контролю. В основі афектації лежить пережитий стан внутрішнього конфлікту, що породжується суперечностями між вимогами, що пред'являються людині, і можливостями їх виконати.

Ажіотація – афективна реакція, що виникає у відповідь на загрозу життю, аварійну ситуацію та інші психогенні чинники. Проявляється у формі сильного занепокоєння, тривоги, втрати цілеспрямованості дій. Людина метушиться і здатна виконувати лише прості автоматизовані дії. Виникає відчуття порожнечі і відсутності думок, порушується можливість міркувати, встановлювати складні зв'язки між явищами. Це супроводжується вегетативними порушеннями: блідістю, почастишанням дихання, серцебиттям, тремтінням рук тощо. Ажіотація розцінюється як передпатологічний стан у межах психологічної норми. В аварійних ситуаціях серед льотчиків, підводників і представників інших професій, пов'язаних з ризиком, вона нерідко сприймається як розгубленість.

Монотонність – функціональний стан, що виникає під час тривалої монотонної роботи. Характеризується зниженням загального рівня активності, втратою свідомого контролю за виконанням дій, погіршенням уваги і короткочасної пам'яті, зниженням чутливості до зовнішніх подразників, переважанням стереотипних рухів і дій, відчуттям нудьги, сонливості, млявості, апатії, втратою інтересу до навколишнього середовища, зміною аферентації з боку рецепторів вестибулярного та опорно-рухового апаратів.

Десинхроноз – неузгодженість ритму сну і неспання, що призводить до астенізації нервової системи і розвитку неврозів.

Зміна сприйняття просторової структури – стан, що виникає в ситуаціях, коли в полі зору людини взагалі відсутні будь-які об'єкти.

Обмеження інформації, особливо особистісно-значущої – стан, що сприяє розвитку емоційної нестійкості.

Соціальна ізоляція одиночна (на тривалий час) – прояв самотності, однією з форм якої виступає «створення співрозмовника»: людина «спілкується» з фотографіями близьких, з неживими предметами. Виділення «партнера» для

спілкування в умовах самотності – захисна реакція в рамках психологічної норми, однак це явище являє собою своєрідну модель роздвоєння особистості в умовах тривалості екстремальної ситуації.

Соціальна ізоляція груповая (на тривалий час) – стан високої емоційної напруженості, причиною якої може бути і те, що люди змушені постійно перебувати на очах один в одного. Особливо чутливі до цього фактора жінки. У звичайних умовах людина звикла приховувати від інших людей свої думки і почуття, які її охоплюють в той чи інший момент, а в умовах групової ізоляції це або утруднено, або неможливо. Відсутність можливості побути наодинці з собою вимагає від людини підвищеної зібраності і контролю за своїми діями, і коли такий контроль слабшає, багато людей може переживати своєрідний комплекс фізичної та психічної відкритості, оголеності, що і викликає емоційну напруженість. Іншим специфічним психогенним фактором, чинним в умовах групової ізоляції, є інформаційна виснаженість партнерів по спілкуванню. Для уникнення конфліктів люди обмежують спілкування один з одним та зосереджуються на своєму внутрішньому світі.

Сенсорна ізоляція – відсутність впливу на людину зорових, звукових, тактильних, смакових та інших сигналів. У звичайних умовах людина дуже рідко стикається з подібним явищем і тому не усвідомлює значення впливів подразників на рецептори, не розуміє того, наскільки важлива для нормального функціонування мозку його завантаженість. Якщо мозок недостатньо завантажений, то настає сенсорний голод, сенсорна депривація, коли людина відчуває гостру потребу у найрізноманітніших сприйняттях навколишнього світу. В умовах сенсорної недостатності починає посилено працювати уява, витягуючи з арсеналів пам'яті яскраві, барвисті образи. Ці яскраві вистави певною мірою компенсують сенсорні відчуття, характерні для звичайних умов, і дозволяють людині зберігати психічну рівновагу протягом тривалого часу. Із збільшенням тривалості сенсорного голоду послаблюється вплив інтелектуальних процесів. Для екстремальних ситуацій властива нестійка діяльність людей, що відбивається на їхньому психічному статусі. Спостерігаються, зокрема, погіршення настрою (млявість, апатія, загальмованість), які можуть змінюватись ейфорією, дратівливістю, порушенням сну, нездатністю до зосередженості, тобто ослабленням уваги, погіршенням пам'яті та розумової працездатності. Все це призводить до виснаження нервової системи.

Сенсорна гіперактивація – вплив на людину зорових, звукових, тактильних, нюхових, смакових та інших сигналів, які за своєю інтенсивністю значно перевищують пороги чутливості для такої людини.

Загроза для здоров'я та життя людини – позбавлення її їжі, води, сну, нанесення тяжких тілесних ушкоджень тощо. Велике значення має діагностика психічних станів людей, у яких присутній фактор загрози для життя. Він може викликати різні психічні реакції – від гострої тривожності до неврозів та психозів. Одна з умов адаптації людини до ситуації, пов'язаної із загрозою для життя, – готовність до миттєвої дії, що допомагає уникнути аварій і катастроф. Стан психічної нестійкості в цих умовах виникає в результаті астенизації нервової

системи різними потрясіннями. Цей стан нерідко проявляється у людей, попередня діяльність яких не відрізнялася психічною напруженістю. В умовах загрози для життя чітко вирізняються дві форми реакції: стан ажіотації і короткочасний ступор.

Про ажіотацію вже йшлося. Короткочасний ступор характеризується раптовим заціпенінням, застиганням на місці. При цьому зберігається інтелектуальна діяльність.

У деяких випадках зазначені фактори діють у сукупності, що значно посилює їх руйнівний вплив на психіку людини. Зазвичай екстремальні ситуації характеризуються масовими проявами психоемоційної напруги і психічної дезінтеграції.

б). Класифікація психосоматичних наслідків впливу травмуючих ситуацій.

У психології існує класифікація психосоматичних наслідків впливу травмуючих ситуацій на людину з точки зору основних динамічних етапів, серед яких:

- *непатологічна психофізіологічна реакція*, яка зазвичай триває протягом кількох днів. На психологічному рівні характеризується емоційною напругою, декомпенсацією (загостренням) особистісних акцентуацій, порушенням сну. На соціальному рівні їй властиві критичне оцінювання того, що відбувається, цілеспрямована діяльність;

- *психогенна адаптивна реакція*, яка триває до шести місяців. На психологічному рівні характеризується невротичним рівнем розладів, астеничними, депресивними та істеричними синдромами. На соціальному рівні їй властиві зниження критичного оцінювання того, що відбувається, та можливостей цілеспрямованої діяльності, виникнення міжособистісних конфліктів;

- *невротичний стан*, що триває три-п'ять років. На психологічному рівні характеризується неврозами виснаження, нав'язливого стану, істерією. На соціальному рівні йому властиві втрата критичного розуміння і можливостей цілеспрямованої діяльності, високий ступінь суперечливості та неузгодженості цінностей структури особистості, міжособистісні конфлікти. Невротичний стан трансформується у невротичний розвиток особистості, часто формуються психопатії;

- *патологічний розвиток особистості*, який проявляється через три-п'ять років стабільних невротичних розладів. На психологічному рівні характеризується гострими афективно-шоковими реакціями, сутінковим станом свідомості, руховим збудженням чи, навпаки, загальмованістю, психічними розладами. На соціальному рівні це призводить до загального розпадання структури особистості, особистісної катастрофи.

в). Основні клінічні симптоми ПТСР.

Під час ПТСР спостерігаються такі клінічні симптоми:

1. Немотивована пильність. Людина пильно слідкує за всім, що відбувається навколо, має постійне відчуття загрози.

2. Вибухова реакція. При кожній несподіванці людина здійснює стрімкі рухи (падає на землю під час звуку гелікоптера, швидко обертається та приймає бойову позицію, коли хтось наближається до неї зі спини).

3. Притупленість емоцій. Відбувається, коли людина повністю або частково втрачає емоційні прояви. Їй важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, для неї недоступні почуття радості та кохання, творчий підйом та спонтанність. За свідченнями досліджуваних, після перенесених ними у минулому екстремальних подій їм набагато важче відчувати ці почуття.

4. Агресивність. Стремління вирішувати свої проблеми за допомогою грубої сили. Найчастіше це стосується фізичного силового впливу, але нерідко зустрічається також психічна, вербальна та емоційна агресивність.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. За деяких обставин у людини виникають труднощі у зосередженні та згадуванні. У спокійному стані у досліджуваних концентрація уваги може бути дуже великою, але при виникненні будь-якого стресового фактора людина уже не в змозі зосередитися.

6. Депресія. Цей стан проявляється у нервовому виснаженні, апатії та негативному ставленні до життя.

7. Загальна тривожність. Виявляється на фізіологічному рівні, як біль у спині, спазми шлунка, головний біль; у психічній сфері – постійне хвилювання, «параної дальні» явища (наприклад, необґрунтований страх переслідування), в емоційних хвилюваннях (постійне почуття жаху, невпевненості, комплекс провини).

8. Напади люті. Як показують дослідження, такі напади виникають найчастіше під впливом алкоголю або наркотичних речовин.

9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. Щоб знизити інтенсивність посттравматичних синдромів, досліджувані, особливо ветерани, вживають наркотики, алкоголь та інші наркотичні препарати. Треба відмітити, що ветерани були помилково віднесені до категорії алкоголіків, наркоманів та ін.

10. Несподівані спогади. Вважається, що це найважливіший симптом, який свідчить про наявність ПТС. У пам'яті пацієнта несподівано виникають несподівані спогади, сцени, пов'язані з травмуючими подіями. Ці спогади виникають як уві сні, так і в бадьорому стані. Вони виникають у тих випадках, коли навколишнє середовище нагадує ситуацію, яка відбувалася під час травмуючої події: запахи, видовище, звуки тощо. Головна відмінність від буденних спогадів виявляється у тому, що посттравматичні «несподівані спогади» супроводжуються сильними почуттями тривоги та страху. Несподівані спогади, які приходять уві сні, викликають нічні страхіття. У ветеранів війни ці сновидіння часто пов'язані з бойовими діями. Людина, прокинувшись від такого сну, відчуває знесиленість: її м'язи напружені, підвищена пітливість. Ветерани та їхні близькі помічають, що під час сновидіння людина неспокійно поводить у своєму ліжку, прокидається зі стиснутими кулаками, нібито готовою до бійки.

11. Галюцинативні хвилювання. Це особливий різновид раптових спогадів про травмуючі події. Перебуваючи у такому стані, людина думає та відчуває те, що вона переживала у стресових ситуаціях минулих днів, коли необхідно було рятувати своє життя.

12. Безсоння (труднощі із засинанням та перерваний сон). Коли людину турбують нічні жахи, вважається, що вона сама неусвідомлено чинить опір засинанню, і в цьому є причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Постійне недосипання, яке призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, невмінням зняти напругу, заспокоїтися, а також постійним відчуттям фізичного та душевного болю.

13. Думки про самогубство. Коли людина досягає тієї межі відчаю, де вона не знаходить ніяких варіантів виправити своє становище, вона починає думати про самогубство. Посттравматичні пацієнти, у тому числі і ветерани, розповідають, що якийсь час перебували на такій межі.

14. Провина, що вижив. Почуття провини, що людина вижила в екстремальній ситуації, в якій загинули інші, насамперед притаманне тим, хто страждав від емоційної глухоти (нездатності відчувати радість, кохання, співпереживання тощо) під час травмуючих подій. Постраждалі готові на все, аби запобігти спогадам про трагічні події, загибель своїх товаришів. Сильне почуття провини інколи провокує приступи самознищення.

г). Основні типи ПТСР.

У психологічній науці виділяють наступні типи ПТСР (В.М. Волошин, 2001):

1. Тривожний тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на гіпотимно забарвленому афективному тлі з переживанням кілька разів на добу. Тривожні уявлення мають мимовільний характер, з відтінком нав'язливості, та відбивають психотравматичну ситуацію. Людям цього типу властиві дисфоричні забарвлення настрою з відчуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризуються труднощами при засинанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість та тривалість сну, страхом перед болісними сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, розправи). Хворі часто навмисно засинають лише на ранок. Для людей цього типу характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом або приливами жару. Хворі самостійно звертаються по допомогу, і хоча домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, вони прагнуть до спілкування та цілеспрямованої діяльності, отримуючи полегшення від активності.

2. Астенічний тип ПТСР відрізняється домінуванням відчуття млявості й слабкості. Настрій погіршений, часто з'являється байдужість до подій, якими вони раніше цікавилися, до проблем сім'ї та професійних питань. Поведінка людей цього типу відрізняється пасивністю. Для них характерні переживання

втрата відчуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. У них протягом тижня кілька разів мимоволі спливають епізоди психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, у цих випадках образи позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості, хоча і визнається хворими відтінок нав'язливості. Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю піднятися з ліжка, болісною дрімотою, яка може тривати протягом усього дня. Такі хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самостійно звертаються по допомогу.

3. Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, майже до спалахів злоби та люті, на тлі пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначають високий рівень агресивності, прагнення перенести на оточуючих дратівливість і запальність. У свідомості людей цього типу домінують образи агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, суперечок із застосуванням фізичної сили, що лякає хворих та змушує обмежувати свої контакти з оточуючими до мінімуму. Вони не здатні контролювати себе і на зауваження оточуючих проявляють бурхливі реакції, про які згодом шкодують. Поряд з цим мимоволі у них виникають уявлення сценподібного характеру, пов'язані з епізодами психотравмуючих ситуацій. Нерідкими випадками є сцени насильства з активною участю самих хворих.

Зовні хворі похмурі, міміка з відтінком невдоволення й дратівливості, поведінка відсторонена. Типовими ознаками їхньої поведінки є замкнутість та небагатослівність. Водночас вони не скаржаться на своє здоров'я, тому потрапляють у поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, зафіксованими близькими або товаришами по службі.

4. Соматоформний тип ПТСР характеризується проявами соматоформних розладів з переважною локалізацією неприємних тілесних відчуттів у ділянці серця (54 %), шлунково-кишкового тракту (36 %) та голови (20 %). Ці розлади поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Класичні симптоми ПТСР виникають у таких хворих через 6 місяців після психотравмуючої події, тому ці випадки позначають, як відстрочений варіант ПТСР. Типовим для хворих цього типу є формування поведінки уникання на фоні панічних атак. Однак симптоми емоційного заціпеніння та феномени «флешбеків» у них зустрічаються досить рідко та не мають обтяжливого емоційного характеру. Депресивний афект у цієї категорії хворих представлений недиференційованою гіпотимією з виразними тривожно-фобічними включеннями.

Ідеаторний компонент симптомокомплексу більше представлений іпохондричною фіксацією на неприємних тілесних відчуттях та пароксизмальних нападах з вираженою тривогою очікування їх виникнення, ніж симптомами гіперзбудження та переживанням психотравмуючої ситуації.

Тема 5. Профілактика розвитку посттравматичного стресу.

1. Система та напрями профілактики посттравматичного стресу.

2. Методи психопрофілактики посттравматичного стресу.

а). Копінг-стратегії як способи управління поведінкою у стресових ситуаціях.

б). Методи релаксації.

в). Вправи на концентрацію.

г). Ауторегуляція дихання.

д). Медитація.

е). Поведінкова психотерапія.

1. Система та напрями профілактики посттравматичного стресу.

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом запобігання негативному впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини, в тому числі розвитку посттравматичного стресу.

Система профілактики ПТСР складається з таких компонентів:

- психологічної підготовки (розвиток психологічної готовності та психологічної стійкості, управління психічними станами);
- психологічної корекції (подолання негативних психічних станів);
- психологічної реабілітації (відновлення, корекція і компенсація).

Психологічна підготовка – це система цілеспрямованих дій з формування і розвитку психологічної готовності та психологічної стійкості при виконанні професійної діяльності в особливих умовах.

У межах психологічної підготовки психологічна готовність та психологічна стійкість при виконанні професійної діяльності у звичайних та особливих умовах досягається за рахунок інформування особистості про механізми формування професійного стресу, особливості перебігу психічних процесів під час стресу, динаміці розвитку посттравматичних стресових розладів, навчанню їх методам самодіагностики, саморегуляції та управління психічними станами. За психологічними дослідженнями, у 80 % людей, які пережили травматичний стрес та пройшли відповідну психологічну підготовку, ПТСР не розвивається.

Під **психологічною корекцією** розуміють сукупність заходів, спрямованих на подолання порушень психічних функцій або реакцій на травматичний стрес.

Методи психологічної корекції – це комплекс психологічних способів і засобів (вербального і невербального впливу), що використовуються психотерапевтом для подолання негативних психічних станів.

До них належать: *методи саморегуляції; методи корекції за участю психотерапевта; індивідуальна робота з психотерапевтом; групова робота з психотерапевтом; екстрена корекція; планова корекція.*

Психологічна реабілітація – система психологічних заходів, що сприяють відновленню, корекції та компенсації порушень психічних функцій, станів, соціального статусу людини.

Оскільки програми превентивної психологічної допомоги є найефективнішим втручанням з метою запобігання негативному впливу екстремальних подій на психіку людини, то розробка комплексу заходів із первинної та вторинної профілактики ПТСР є однією з актуальних проблем сучасної психології травмуючих ситуацій.

Під **первинною профілактикою** ПТСР розуміється робота з популяцією умовно здорових людей, в якій існує певна кількість людей із груп ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм.

Вторинна профілактика спрямована на пацієнтів із ПТСР з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації, розвитку коморбідних розладів (депресій, хімічних залежностей), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи, воєнних дій.

Побудова профілактичних програм має проводитись з урахуванням основних факторів та умов розвитку ПТСР: особливостей травматичної події, наявності негативних “професійних” чинників, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей.

Проблема ідентифікації стрес-чинників є актуальною при вирішенні питань організації необхідної медичної та психосоціальної допомоги постраждалому населенню. Виділення «пускових» – найбільш патогенних факторів, які з більшою вірогідністю здатні викликати психічні порушення, зокрема розвиток ПТСР, визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їхній вплив) у першу чергу. Ці заходи повинні відбуватися безпосередньо з моменту початку надання допомоги постраждалому населенню.

Виділення так званих підтримуючих патогенних факторів дасть змогу визначити групу вторинних стрес-чинників, які пов’язані з екстремальними ситуаціями, але самотійно не призводять до формування ПТСР. Заходи щодо подолання негативного впливу цих чинників повинні відбуватися у процесі ліквідації наслідків катастрофічних подій і продовжуватися після завершення рятувальних робіт.

Для проведення ефективних реабілітаційних та психопрофілактичних заходів необхідним є також визначення антистресових факторів, які приводять до зниження патогенного впливу екстремальних подій.

Профілактика ПТСР в осіб, які пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, ґрунтуватися на мультидисциплінарному підході та містити медичні, психологічні та соціальні заходи.

Основними напрямками профілактики ПТСР є:

- розробка та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних порушень у жертв екстремальних подій;
- подальший моніторинг стану здоров’я контингентів, які складають групи підвищеного ризику.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи із психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з неї (невідкладно або протягом найближчих днів). Ці заходи можуть містити *психодіагностику, індивідуальне консультування, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки, психокорекційну роботу* тощо. Слід підкреслити, що основною формою надання психологічної допомоги постраждалим є різні психокорекційні заходи.

Профілактичні заходи щодо розвитку ПТСР і його ускладнень мають відбуватись згідно з принципом етапності та містити психокорекційні і психотерапевтичні заходи, а також своєчасне лікування хронічних соматичних і нервово-психічних захворювань, зменшення впливу негативних “професійних” чинників, поліпшення виробничо-побутових умов і сімейних стосунків, підвищення рівня інформованості щодо отримання спеціалізованої медико-психологічної допомоги тощо.

Особливою проблемою є надання медико-психологічної допомоги великим групам постраждалих. На жаль, більшість сучасних екстремальних подій призводить саме до великих масивів жертв. Одним зі способів вирішення цієї проблеми є використання групових форм психокорекційного впливу.

Зазвичай у гострій фазі постстресових порушень групові форми не використовуються, однак на етапах завершення катастрофічної ситуації їх застосування є адекватним та ефективним. Групові психокорекційні техніки доречні у тих випадках, коли люди пережили спільну (колективну) травму.

Психологічні дебрифінги як форма надання допомоги у кризових ситуаціях проводяться з групами людей, які спільно зазнали впливу надзвичайних подій у ході війни. Це можуть бути групи людей, що утворені за ознакою професійної належності або об’єднані спільною пережитою ситуацією.

Конкретні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання негативним психіатричним та медико-психологічним наслідкам надзвичайних ситуацій, можуть бути розділені на **3 основних блоки заходів, здійснюваних у період:**

- що передують екстремальній ситуації;
- під час самої надзвичайної події;
- після завершення дії факторів життєво небезпечної події.

Заходи, що входять до першого блоку, повинні мати диференційований характер залежно від груп населення, до яких вони адресуються. Умовно **можна виділити кілька груп, до яких входять:**

- представники професій підвищеного ризику: працівники системи МНС (рятувальники, пожежники, медичні працівники закладів медицини катастроф тощо), працівники МВС, МО, НГ та інших силових структур, шахтарі;
- професійні групи, які у разі виникнення надзвичайної ситуації в першу чергу можуть бути залучені до ліквідації її наслідків (медичні працівники, працівники силових структур, військовослужбовці запасу);
- населення, що мешкає в регіонах підвищеного ризику виникнення природних катаклізмів (повені, землетруси тощо);

- решта населення.

Для представників професій підвищеного ризику **найбільш значущими профілактичними заходами є:**

- ефективний професійний відбір;
- високий рівень професійної підготовки;
- заходи, спрямовані на формування готовності до діяльності в екстремальних та бойових умовах;
- розвиток нервово-психічної стійкості у стресових ситуаціях;
- сучасне психопрофілактичне забезпечення професійної діяльності (спеціальні організаційні, психокорекційні та психотерапевтичні втручання);
- навчання навичок психопрофілактичної допомоги постраждалому населенню та представникам професій підвищеного ризику;
- навчання способів психогігієни з метою зменшення ризику виникнення психічних розладів;
- обов'язкова медико-психологічна реабілітація особистості після закінчення виконання обов'язків зони ураження.

2. Методи психопрофілактики посттравматичного стресу.

а). Копінг-стратегії як способи управління поведінкою у стресових ситуаціях.

У загальнолюдському плані універсальною профілактичною стратегією є формування соціальної компетентності людини і розвиток особистості в цілому, в тому числі адекватних копінгмеханізмів, фрустраційної толерантності, стресостійкості тощо.

Вивчення поведінки, спрямованої на подолання травмуючих ситуацій, було започатковано в зарубіжній психології в рамках досліджень **копінг-поведінки (coping behavior)** – *індивідуального способу взаємодії особистості з ситуацією відповідно до її власної логіки, значущості в житті людини та її психологічних можливостей.*

Спочатку поняття «копінг-поведінка» використовувалося в психології стресу і визначалося як комплекс когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на послаблення впливу стресу на особистість. Під «копінгом» (від англ. «cope» – долати) розуміють когнітивні, емоційні і поведінкові спроби впоратися зі специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами ситуації, що оцінюються особистістю як напружені і перевищують її адаптивні можливості.

У сучасній психології для позначення способів поведінки людини у травмуючих ситуаціях використовуються терміни **«coping»** (*«справлятися» з чим-небудь, наприклад, з проблемною ситуацією*) і **«defense»** (*«захист», наприклад, від неприємних переживань, думок або фактів, що загрожують позитивній самооцінці особистості*).

У концепції психологічного захисту З. Фрейда поняття «defense» позначає функцію захисту **«ego»** від усвідомлення або прийняття неприємного життєвого факту. Захисна реакція виявляється в різних формах боротьби **«Я»** з нестерпними

думками і хворобливими афектами, якими супроводжується переживання людиною неусвідомлюваного внутрішнього конфлікту.

Термін «coping» було введено у психологію в 30-х роках XX ст. Г. Гартманном у зв'язку з необхідністю опису специфіки «мирного», конструктивного або незахисного способу розв'язання людиною проблем.

Окрім терміна «coping», що стійко увійшов у психологічну літературу, для опису специфічного процесу розв'язання людиною труднощів часто вживаються також інші терміни. В англomовній літературі серед інших найуживаніших є терміни «Handle with» (справлятися з чим-небудь), «Deal with» (мати справу з чим-небудь), «manage» (вирішувати, справлятися, управляти), «resolve» (вирішувати конфлікти, непорозуміння, утруднення), «problem solving» (розв'язання проблем).

Аналізуючи різні способи розв'язання психологічних проблем, вітчизняні психологи говорять про «захист» (Р.А. Зачепицький), «подолання» стану напруження і «купірування» стресу (Б.А. Бодров), «дезадаптацію» і «адаптацію» до соціальних умов (А.А. Налчаджян), «боротьбу» з життєвими труднощами, «переживання» критичних ситуацій (Ф.Є. Василюк). Проте все частіше дослідники використовують терміни «подолання» і «копінг-поведінка» (Л.І. Анциферова, Г.С. Кочарян, А.В. Лібіна).

На сьогодні в зарубіжній психології можна виділити *три основні підходи до вивчення феномена «подолання»*.

Перший представлений *его-орієнтованою теорією подолання* (К. Меннінгер, Т. Кребер, Р. Хаан), що бере свій початок у психоаналітичній концепції З. Фрейда і працях А. Фрейд. З точки зору психоаналітичної теорії, процес подолання розглядається як специфічний его-механізм, до якого людина вдається з метою позбавлення від внутрішнього напруження.

У другому підході подолання розглядається в контексті відносно стійких особистісних передумов, що зумовлюють *реакцію людини на той або інший стресовий чинник* (Р. Моуз). Р. Моуз розрізняє активні і пасивні способи реагування на стрес: перші вважаються проявом конструктивної поведінки, другі – неконструктивної.

До третього напряму належить *когнітивно-феноменологічна теорія подолання стресу*, розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкман. На сьогодні ця теорія є найбільш розробленою й поширеною. У ній подолання розглядається як динамічний процес, що залежить від специфіки ситуації, фази зіткнення зі стресовим чинником та від когнітивного оцінювання стресора самою людиною.

Р. Лазарус і С. Фолкман розрізняють *два глобальні типи копінг-поведінки*: проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований.

Вибір того чи іншого типу поведінки залежить від суб'єктивної оцінки можливості або неможливості що-небудь зробити для зміни ситуації. Якщо індивід вбачає таку можливість, то обирає проблемно-орієнтований тип поведінки, пов'язаний з розв'язанням стресової ситуації. Якщо ж нічого вдіяти неможливо, активізується емоційно-орієнтоване подолання, яке змінює лише «спосіб інтерпретації того, що трапилося», але не саму ситуацію.

Р.М. Грановська і І.М. Нікольська відзначають, що поняття копінг-поведінки за своїм змістом близьке до поняття психологічного захисту. Основна відмінність між ними полягає в тому, що стратегії копінг-поведінки використовуються особистістю свідомо і можуть змінюватися залежно від обставин, а механізми психологічного захисту не усвідомлюються і в разі їх закріплення стають дезадаптивними.

Л.І. Анциферова зазначає, що індивіди, які в проблемних і стресових ситуаціях вдаються до механізмів психологічного захисту, сприймають світ як джерело небезпеки, мають невисоку самооцінку і песимістичний світогляд. Особи, які в подібних ситуаціях віддають перевагу конструктивним стратегіям копінгповедінки, відрізняються оптимістичним світоглядом, стійкою позитивною самооцінкою, реалістичним підходом до життя і сильно вираженою мотивацією досягнення.

На відміну від Л.І. Анциферової, яка визнає доцільність застосування у певних ситуаціях захисних технік, О.В. Алексєєва вважає різні способи психологічного захисту неконструктивними стратегіями, як і імпульсивні та агресивні реакції.

Н. Хаан характеризує копінг-поведінку як цілеспрямовану, гнучку, адекватну реальності, адаптивну, а захисні процеси розуміє як нав'язані, ригідні, такі, що спотворюють реальність.

Копінг-поведінка проявляється у випадках, коли людина потрапляє у травмуючу ситуацію, яка передбачає наявність певних об'єктивних обставин та певного ставлення до них, що супроводжується різними емоційними реакціями.

Аналіз та узагальнення різних підходів дає підстави трактувати *копінг-поведінку* як цілеспрямовану спеціальну поведінку, що дає змогу суб'єктові впоратися зі стресом або важкою життєвою ситуацією адекватними особистісним особливостям і ситуації способами через усвідомлені стратегії дій. Це свідомо поведінка, спрямована на активну взаємодію суб'єкта із ситуацією (що піддається контролю) або пристосування до неї (якщо ситуація не піддається контролю).

Копінг-поведінка охоплює всі свідомі спроби особистості подолати стресову ситуацію. Кожна форма копінг-поведінки специфічна, визначається суб'єктивним значенням ситуації для особистості і відповідає переважно одному із завдань: розв'язанню реальної проблеми; емоційному переживанню; коректуванню самооцінки; регулюванню взаємин з людьми.

Психологічне призначення копінг-поведінки полягає в тому, щоб якнайкраще адаптувати людину до вимог ситуації, оволодіти нею, послабити або пом'якшити її вимоги, уникнути або звикнути до них і таким чином погасити стресову дію ситуації.

За твердженням А. Лазаруса, *головне завдання копінг-поведінки* – забезпечення і підтримка благополуччя людини, фізичного і психічного здоров'я, задоволеності соціальними відносинами.

Копінг-поведінка може бути продуктивною і непродуктивною.

Продуктивний копінг має позитивні наслідки для розвитку особистості: вирішення проблеми, важкої ситуації, зниження рівня напруги, тривоги, дискомфорту, душевний підйом і радість подолання.

Непродуктивний копінг пов'язаний з переважанням негативних емоційних реакцій на ситуацію, своєрідним “застряванням” на них і проявляється у вигляді занурення в переживання, самозвинувачення, звинувачення інших, агресії. Така поведінка характеризується наївною, інфантильною оцінкою того, що відбувається.

Загальновизнаної класифікації стратегій копінг-поведінки не існує, проте більшість з них побудована навколо двох запропонованих А. Лазарусом модусів подолання:

1) спрямованого на розв'язання проблеми, що викликає стрес (*проблемно-сфокусована копінг-поведінка*);

2) спрямованого на зміну власного ставлення до ситуації (*емоційно-сфокусована поведінка*).

Крім того, копінг-поведінка може передбачати наближення до стресогенного чинника (агресія, пошук інформації, вирішення проблеми) або його уникнення (ігнорування, відволікання, втеча), що виявляється на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях.

Становить інтерес розширена класифікація стратегій копінгповедінки, яку запропонував американський дослідник К. Карвер. На його думку, найбільш адаптивними є *копінг-стратегії, безпосередньо спрямовані на розв'язання проблемної ситуації*:

- «*активний копінг*» – активні дії, спрямовані на усунення джерела стресу;
- «*планування*» – визначення своїх дій щодо проблемної ситуації;
- «*пошук активної суспільної підтримки*» – пошук допомоги, поради у соціального оточення;
- «*позитивне тлумачення*» – оцінка ситуації з погляду її позитивних сторін і ставлення до неї як до одного з епізодів свого життєвого досвіду;
- «*прийняття*» – визнання реальності ситуації.

Інший блок копінг-стратегій також *може сприяти адаптації в стресовій ситуації, проте він не пов'язаний з активним подоланням*:

- «*пошук емоційної суспільної підтримки*» – пошук співчуття і розуміння з боку оточуючих;
- «*гальмування конкуруючої діяльності*» – зниження активності стосовно інших справ і проблем та повне зосередження на джерелі стресу;
- «*стримування*» – очікування сприятливіших умов для вирішення ситуації.

Третю групу копінг-стратегій становлять ті, *які не є адаптивними, проте у дванадцяти випадках допомагають пристосуватися до стресової ситуації*. Серед них можна виділити:

- «*фокусування на емоціях та їх вираженні*» – емоційне реагування в проблемній ситуації;
- «*заперечення*» – заперечення існування стресової події;

- «ментальне відчуження» – психологічне відволікання від джерела стресу через розваги, мрії, сон тощо;

- «поведінкове відчуження» – відмова від розв'язання ситуації.

Достатньо докладною є класифікація способів копінгповедінки, запропонована П. Тойсом, який виділяє *дві групи стратегій*:

- *поведінкові*;

- *когнітивні*.

Поведінкові стратегії поділяються на три підгрупи:

- орієнтовані на ситуацію: прямі дії (обговорення, вивчення, зміна ситуації); пошук соціальної підтримки; «втеча» від ситуації;

- орієнтовані на фізіологічні зміни: вживання алкоголю, наркотиків; важка робота; інші фізіологічні методи (таблетки, їжа, сон);

- орієнтовані на емоційно-експресивне вираження: катарсис; стримування і контроль почуттів.

Когнітивні стратегії також поділяються на три групи:

- спрямовані на ситуацію: продумування ситуації (аналіз альтернатив, складання плану дій); вироблення нового погляду на ситуацію; прийняття ситуації; відволікання уваги від ситуації; придумування містичного розв'язання ситуації;

- спрямовані на експресію: фантастичне вираження (фантазування щодо способів вираження почуттів);

- спрямовані на емоційні зміни: переінтерпретація почуттів.

Е. Ендлер і Д. Паркер виділяють *три основні стилі копінгповедінки*:

- проблемно-орієнтований копінг (спрямований на вирішення завдань);

- емоційно-орієнтований копінг (орієнтований на регуляцію емоцій);

- копінг, орієнтований на уникнення.

Перший стиль, *проблемно-орієнтований*, включає: попередній аналіз проблеми; фокусування на проблемі і пошук можливих способів її вирішення; прагнення краще розподіляти свій час; вибір особистих пріоритетів; звернення до власного досвіду вирішення аналогічних проблем; прагнення контролювати ситуацію; орієнтація на необхідність вирішення проблеми; практична реалізація своїх планів.

До другого стилю, *орієнтованого на емоції*, належать: внутрішня агресія; зовнішня агресія, спрямована на інших; фіксація на переживанні власних недоліків; роздратування або апатія; переживання непосильної нервової напруги, емоційний шок.

Копінг, *орієнтований на уникнення*, може виражатися у відволіканні від стресової ситуації або соціальному відволіканні. Відволікання від стресової ситуації проявляється у прагненні:

- отримати задоволення від речей, які не мають відношення до конкретної ситуації: приємні покупки, улюблена їжа, читання книг, перегляд телевізора, прогулянки улюбленими місцями тощо;

- бути наодинці, віддалитися від ситуації, що непокоїть, або навпаки – постійно перебувати серед людей.

Соціальне відволікання реалізується в:

1) прагненні виговоритися, поділитися своїми переживаннями з близькими людьми;

2) зверненні по професійну допомогу.

Е. Фріденберг і Р. Льюїс виділяють *18 стратегій копінгповедінки, об'єднаних у три стилі.*

Перший стиль – продуктивне подолання, спрямоване на вирішення проблеми:

- фокусування на вирішенні проблеми – систематичне обдумування проблеми з урахуванням інших точок зору;

- наполеглива робота, добросовісне ставлення до навчання (роботи) і високі досягнення;

- фокусування на позитиві – оптимістичний погляд на речі, нагадування собі про те, що є люди, які знаходяться в гіршому становищі; підтримка бадьорості духу;

- активний відпочинок – заняття фізкультурою і спортом.

До другого стилю (проміжного), орієнтованого на *отримання соціальної підтримки*, належать:

- пошук соціальної підтримки – прагнення поділитися своєю проблемою з іншими, заручитися підтримкою, схваленням;

- спілкування з близькими друзями і набуття нових друзів;

- прагнення належати – інтерес до того, що думають про тебе інші, і дії, спрямовані на отримання схвалення;

- суспільні дії – пошук підтримки шляхом організації групових дій для вирішення проблем;

- звернення по професійну допомогу;

- пошуки духовної опори, молитви про допомогу, читання духовної літератури.

До третього стилю, *непродуктивної копінг-поведінки*, належать:

- неспокій – тривога за майбутнє загалом і про своє майбутнє особливо;

- надія на диво – сподівання на краще, на те, що все саме по собі налагодиться; розпач – відмова від будь-яких дій щодо розв'язання проблеми, хворобливі стани;

- розрядка – покращення самопочуття за рахунок «випуску пари»; зігнання своїх невдач на інших, сльози, крик, алкоголь, сигарети, наркотики;

- ігнорування проблеми – свідоме блокування проблеми;

- самозвинувачення – суворе ставлення до себе, відчуття відповідальності за проблему;

- занурення в себе – замкнутість, приховування від інших своїх проблем;

- прагнення відволіктися, відпочити – відволікання від проблеми, використання таких способів, як читання книг, перегляд телепередач, розваги.

Узагальнюючи результати досліджень стратегій копінгповедінки, Л.І. Анциферова виділяє *такі їх види:*

- *перетворюючі стратегії* (передбачається усвідомлення підконтрольності ситуації в результаті когнітивного оцінювання; робота з проблемою: визначення кінцевої і проміжної мети, складання плану дій, визначення способів досягнення мети; «когнітивна репетиція»; техніка «корекції своїх очікувань і надій», «порівняння, що йде вниз», «порівняння, що йде вгору», «антиципаційний допінг»);

- *прийоми пристосування*: зміна власних характеристик або ставлення до ситуації (прийом «позитивного тлумачення» кризової ситуації; використання рольової поведінки; прийом ідентифікації з успішною людиною або групою);

- *допоміжні прийоми самозбереження* (захисна техніка: відхід або втеча з важкої ситуації, «заперечення» тощо);

- *саморуїнівні стратегії* (наркоманія, алкоголізм, суїцид). Незважаючи на існування різних класифікацій, більшість дослідників виділяє три базові стратегії копінг-поведінки: розв'язання проблеми, пошук соціальної підтримки, уникнення стресової ситуації. Крім того, зазначається, що реалізація копінгстратегій може відбуватися в трьох сферах: поведінковій, когнітивній та емоційній.

б). Методи релаксації.

Більшість людей настільки звикла до душевної та м'язової напруги, що сприймає її як природний стан, навіть не усвідомлюючи, наскільки це є шкідливим. Освоївши релаксацію, можна навчитися цю напругу регулювати, припиняти й розслаблятися з власної волі, за своїм бажанням. Виконувати вправи релаксаційної гімнастики бажано в окремому приміщенні, без сторонніх очей. Метою вправ є повне розслаблення м'язів. Повна м'язова релаксація справляє позитивний вплив на психіку та знижує душевну рівновагу. Психічна ауторелаксація може викликати стан «ідейної порожнечі». Це означає хвилинне порушення психічних та розумових зв'язків з навколишнім світом, яке дає необхідний відпочинок мозку.

Для початку вправ необхідно прийняти вихідне положення: лежати на спині, ноги розвести, ступні тримати розгорнутими носками назовні, руки повинні вільно знаходитись уздовж тіла (долонями вгору). Голова злегка закинута назад. Все тіло розслаблене, очі заплющені, дихання через ніс.

Приклади деяких релаксаційних вправ:

1. Лежіть спокійно приблизно 2 хвилини, очі заплющені. Спробуйте уявити приміщення, в якому ви перебуваєте. Спочатку спробуйте подумки обійти всю кімнату (уздовж стін), а потім виконайте шлях по периметру тіла – від голови до п'ят та назад.

2. Уважно стежте за своїм диханням, пасивно усвідомлюючи, що дихаєте через ніс. Подумки відзначте, що вдихаєте повітря трохи холодніше, ніж те, що видихається. Зосередьтеся на своєму диханні протягом 1–2 хвилин. Намагайтеся не думати ні про що.

3. Зробіть неглибокий вдих та на мить затримайте дихання. Одночасно різко напружте всі м'язи на кілька секунд, намагаючись відчути напругу у всьому тілі. При видиху розслабтеся. Повторіть 3 рази. Потім полежте спокійно кілька

хвилин, розслабившись і зосередившись на відчутті ваги свого тіла. Насолоджуйтеся цим приємним відчуттям.

Тепер виконуйте вправи для окремих частин тіла – з поперемінною напругою та розслабленням.

4. *Вправа для м'язів ніг.* Напружте відразу всі м'язи ніг – від п'ят до стегон. Протягом кількох секунд фіксуйте напружений стан, намагаючись відчувати напругу, а потім розслабте м'язи. Повторіть 3 рази. Потім полежте спокійно протягом кількох хвилин, повністю розслабившись та відчуваючи тяжкість у своїх розслаблених ногах. Усі звуки навколишнього середовища фіксуйте у свідомості. Те саме стосується й думок, однак не намагайтеся їх побороти, їх потрібно тільки фіксувати.

5. Наступні вправи є ідентичними описаній вправі, *але стосуються інших м'язів тіла:* сідничних м'язів, пресу, м'язів грудної клітини, м'язів рук, м'язів обличчя. На закінчення подумки «пробіжіться» по всіх м'язах тіла – чи не залишилося де-небудь хоч найменшого напруження. Якщо так, то намагайтесь зняти його, оскільки розслаблення має бути повним.

6. Завершуючи релаксаційні вправи, зробіть глибокий вдих, затримайте дихання і на мить напружте м'язи всього тіла: при видиху розслабте м'язи. Після цього довго полежте на спині – спокійно, розслабившись, рівно дихаючи. Ви знову повірили у свої сили та здатні подолати стресову ситуацію. Після виконання цих вправ ви повинні відчувати прилив сил та енергії. Тепер розплющіть очі, потім замружте кілька разів, знову розплющіть та потягніться після приємного пробудження. Дуже повільно, плавно, без ривків сядьте. Потім так само повільно, без різких рухів, встаньте, намагаючись якомога довше зберегти приємне відчуття внутрішнього розслаблення.

З часом ці вправи будуть виконуватися швидше, ніж на початку. Пізніше можна буде розслаблювати тіло за необхідності.

Прогресивна м'язова релаксація за Ж. Джекобсоном.

Ця методика рекомендується всім, хто відчуває труднощі із розслабленням м'язів. На думку її автора, нагальними проблемами людини, яка живе в цивілізованому світі, стали надмірний поспіх, неспокій та надлишок ситуацій, на які вона змушена реагувати. За таких умов фізичне та психологічне навантаження призводять до перенапруження. Воно має властивість бути тривалим у часі та накопичуватися. Оскільки наші душа і тіло є одним цілим, то нервово-м'язова напруга сприяє підвищеній психічній напрузі й дратівливості. Якщо людина, перебуваючи в такому стані, спробує розслабитися, вона отримає абсолютно протилежний результат. Загальне розслаблення (особливо в психологічному плані) можливе лише під час релаксації всіх скелетних м'язів.

Тренування слід проводити у положенні лежачи: бажано, щоб у процесі занять вас не турбували. Звуки, які не несуть інформації та являють собою більш-менш одноплановий звуковий фон (годинник, холодильник, транспорт тощо), як правило, не турбують. У випадку, якщо вони вас турбують, достатньо на початку кожної вправи сказати собі: “Навколишні звуки мене не цікавлять, вони мені байдужі, вони не заважають мені” (фраза формулюється в індивідуальному

порядку). Місце для занять має бути достатньо широким, щоб можна було вільно покласти руки поряд з тілом. За наявності проблем з хребтом підкладайте під голову, а за необхідності – і під поперек, подушечку. Ніщо не повинно тиснути на вас. Не повинні німіти руки або ноги. Одяг має бути вільним, щоб не утруднював рухів. Важливе значення має температура: вам не повинно бути ні спекотно, ні холодно. В останньому випадку слід накритися легким покривалом.

Перед початком кожної вправи розташуйтеся зручніше у позиції лежачи на спині. Лежіть спокійно та повільно заплющуйте очі. Чим повільніше ви будете заплющувати їх, тим швидше досягнете заспокоєння.

Релаксація м'язів рук.

Вправа № 1. Приблизно 5 хвилин лежіть спокійно у вихідній позиції. Потім зігніть ліву руку в зап'ясті так, щоб долоня знаходилась вертикально, утримуйте її в такому положенні кілька хвилин; передпліччя залишається нерухомим. Слідкуйте за відчуттям напруженості у м'язах передпліччя. Розслабте руку, дозволивши кисті під власною вагою опуститися на покривало. Тепер ваша рука не може не бути розслабленою – після такого напруження м'язів розслабленість є фізіологічною потребою. Протягом кількох хвилин фіксуйте відчуття розслабленості у кисті та передпліччі. Повторіть вправу ще раз. Потім проведіть півгодини у стані спокою. Найголовніше – навчитися розпізнавати відчуття напруженості та розслаблення.

Вправа № 2. Наступного дня повторіть попередню вправу. Після другої релаксації руки зігніть у зап'ясті в напрямі від себе (тобто інакше, ніж минулий раз) пальцями вниз. Майже годину залишайтеся розслабленими.

Вправа № 3. Сьогодні ви відпочиваєте. Займайтеся тільки розслабленням, при цьому стежте за відчуттями у лівій руці (вона розслаблена або час від часу ви відчуваєте у ній напруженість?).

Вправа № 4. До першої та другої вправ приєднайте досвід з флексорами ліктьового суглоба. Ліву руку зігніть у лікті під кутом 30 градусів, тобто підніміть її з покривала. Повторіть цю операцію тричі впродовж 2-х хвилин з подальшою релаксацією протягом кількох хвилин. Залишок часу (до години) розслабляйтеся.

Вправа № 5. Повторіть всі попередні вправи. Потім треба тренувати трицепс. Ви досягнете напруги у цьому м'язі, якщо покладете під передпліччя кілька книг та спробуєте вольовим зусиллям тиснути на них рукою. Тричі чергуйте розслаблення та напругу (для релаксації відведіть руку від корпусу, поза книги, що використовується вами як допоміжний засіб). Залишок часу (до години) розслабляйтеся.

Вправа № 6. Година повторення. Займіться відомими вам чотирма вправами для лівої руки.

Вправа № 7. Ця вправа доведе вам, наскільки успішно ви оволоділи усіма попередніми. Ваше завдання – лежати, спокійно витягнувши руки вздовж тіла. Досягати напруги ви будете виключно концентрацією уваги на лівій руці. Приблизно півхвилини зосереджуйтесь на нарузі, потім змініть її на розслаблення. Повторіть це кілька разів. Залишок часу (до години) знову

розслабляйтеся. Надалі те саме виконайте з правою рукою (тобто всього сім вправ).

Релаксація м'язів ніг.

Можна почати з повторення вправ для м'язів рук, але робити це зовсім не обов'язково. Якщо ви вже навчилися розпізнавати напругу та розслаблення у кожній групі м'язів і здатні керувати цими процесами, то можете відразу приступати до релаксації. Отже, розслабтеся всім тілом, тренувати будете тільки ноги (спочатку ліву, потім праву).

Вправа № 1. Зігніть ногу у коліні. Напружені м'язи повинні бути у верхній частині ноги та під коліном. Тренуємося у трикратному чергуванні напруження та розслаблення.

Вправа № 2. А тепер навпаки, вигинаємо кінцівку носком до себе. Напруження та розслаблення ікри.

Вправа № 3. Напруження та розслаблення у верхній частині стегна. Нога, що тренується, звисає з ліжка (дивана тощо), такою позицією ви досягаєте напруження. Потім поверніть ногу у вихідне положення та зосередьтеся на розслабленні.

Вправа № 4. Напруження в нижній частині стегна досягається згинанням ноги у коліні.

Вправа № 5. Напруження в ділянці тазостегнового суглоба та живота. Підніміть ногу так, щоб був зігнутий тільки тазостегновий суглоб.

Вправа № 6. Напруга сідничних м'язів. Поклавши під коліно кілька книг, натискайте на них.

Ці шість вправ закінчіть одним або двома заняттями на повторення або одним заняттям на релаксацію.

Релаксація м'язів тулуба.

Вправа № 1. М'язи живота. Цю вправу виконуємо так: або свідомо втягуємо живіт у себе, або повільно піднімаємося з положення лежачи в положення сидючи.

Вправа № 2. М'язи розташовані вздовж хребта. Напруга досягається за допомогою вигинання та прогинання в попереку (у положенні лежачи на спині).

Вправа № 3. М'язи дихальної системи. До початку вправи рекомендується здійснити приблизно півгодинну загальну релаксацію. Потім проведіть серію глибоких вдихів та видихів. При цьому ви постійно будете відчувати напруження, що виникає в грудній клітці під час вдиху (можливо, що спочатку ви будете відчувати лише напруження під грудиною; завдяки тренуванням ви легко зможете розпізнавати його і в інших частинах грудної клітки). Коли вам стане зрозумілою загальна картина напруження у процесі глибокого дихання, то ви зможете визначити його і при нормальному диханні. Мета цієї вправи – не контроль дихання (як у інших релаксаційних методик), а навпаки – позбавити цей процес довільного впливу вольових чинників для того, щоб він функціонував абсолютно спонтанно.

Вправа № 4. Релаксація м'язів плечей. Передбачає придбання кількох навичок. Схрестивши витягнуті вперед руки, ви відчуваєте напруження в передній частині грудної клітки; за допомогою обертання плечей назад –

напруження між лопатками, підняттям їх – напруження з боків шиї та у верхній частині плечей. Напруження з лівого боку шиї досягається нахилом голови вліво, з правого – праворуч. Фіксація її у передній та задній частинах має місце при нахилах голови вперед та назад. Цю вправу на релаксацію плечей можна робити в один прийом, але можна й поетапно. Вправи на релаксацію тулуба в цілому слід проводити приблизно тиждень (якщо ви вважаєте за потрібне закріпити деякі навички, в такому випадку передбачте заняття, присвячені виключно розслабленню).

Релаксація м'язів очей.

Вправа № 1. Напруження в ділянці чола досягається зрушенням шкіри на лобі у зморшки.

Вправа № 2. Напруження м'язів повік виникає при зсуванні брів та міцно заплющених очах.

Вправа № 3. При напруженні окоругових м'язів ми відчуваємо натиск в очних яблуках. Заплющивши очі, дивимось праворуч, ліворуч, вгору, вниз. Тренуємось доти, доки не будемо здатні чітко розпізнати напруження або позбутися від нього (тобто розслабити ці м'язи).

Вправа № 4. Оволодівши попередньою вправою, розплющіть очі та стежте за тим, що відбувається, коли ви переводите погляд зі стелі на підлогу та навпаки. Відчуйте напруження й розслаблення.

Релаксація м'язів обличчя.

Вправа № 1. Зціпивши зуби, прослідкуйте в усіх деталях за супутнім напруженням. Розслабтеся. Повторіть вправу кілька разів.

Вправа № 2. Відкрийте рот. Ви повинні відчути глибоке напруження перед вушними раковинами.

Вправа № 3. Оскальте зуби, стежте за напруженням у щоках. Розслабтеся.

Вправа № 4. Заокругліть рот, ніби кажучи «ОХ!». Відчуйте напруження, потім розслабте губи.

Вправа № 5. Відсунувши язик назад, стежте за напруженням, розслабтеся.

Релаксація розумової діяльності.

Через чверть години після повної релаксації уявіть (із заплющеними очима), що бачите стелю та підлогу приміщення, у якому перебуваєте. Якщо уявлення будуть результативними, ви відчуєте таке м'язове напруження, яке відчули б при виконанні цієї вправи насправді. Розслабтеся на п'ять-десять хвилин. Потім уявіть собі стіни, що розміщуються ліворуч та праворуч від вас. Мета – вироблення вміння викликати інтенсивний уявний образ та напруження відповідних груп м'язів.

Надалі (одразу після релаксації) уявіть собі, що повз вас проїжджає автомобіль. Подібно до цього можна уявляти будь-який предмет, що рухається: можна уявити, ніби їде поїзд, пролітає літак або птах, котиться м'яч тощо. Відчувши напруження в очах при уявних образах рухомих об'єктів, зосередьтеся на уявленнях напруження очних м'язів при «спостереженні» за нерухомими об'єктами, наприклад, уявіть себе за читанням будь-якої книги. Такий підхід

приводить до «вичищення думок» – під час або після вправи ви відчуєте, що ваші думки перестали вас хвилювати, жодній з них немає місця у вашому мозку.

Для розумового заспокоєння Ж. Джекобсон рекомендує уявити себе у розмові з іншими людьми. У разі інтенсивності образу ви відчуєте напруження в ділянці язика, горла, на губах, а в окремих випадках – напруження щелеп.

в). Вправи на концентрацію.

Невміння зосередитися – це чинник, тісно пов'язаний зі стресом. Наприклад, більшість працюючих жінок вдома виконують три функції: домашньої господині, дружини та матері. Кожна з цих функцій вимагає від жінки зосередженості, граничної уваги та повної самовіддачі. Виникає багаторазова незосередженість. Кожна з цих трьох функцій викликає імпульси, які відволікають увагу жінки від виконуваної в певний момент діяльності та здатні викликати стресову ситуацію. Таке «розривання на частини» кожен день призводить, зрештою, до виснаження, здебільшого психічного.

У такому разі *вправи на концентрацію* просто незамінні. Їх можна виконувати будь-де протягом дня. Для початку бажано займатися вдома: рановранці, перед відходом на роботу (навчання) або ввечері, перед сном, або – ще краще – відразу після повернення додому.

Приблизний порядок виконання концентраційних вправ.

1. Постарайтеся, щоб у приміщенні, де ви будете займатися, не було глядачів.

2. Сядьте на табурет або звичайний стілець – тільки боком до спинки, щоб не спиратися на неї. Стілець не повинен бути з м'яким сидінням, інакше ефективність вправи знизиться. Сядьте якомога зручніше, щоб ви могли перебувати нерухомо протягом певного часу.

3. Руки вільно покладіть на коліна, очі заплющіть (вони повинні бути заплющені до закінчення вправи, щоб увага не відволікалася на візуальну інформацію).

4. Дихайте через ніс спокійно, не напружено. Намагайтеся зосередитись лише на тому, що ви вдихаєте повітря, яке холодніше за видихуване.

5. Існує два варіанти концентраційних вправ:

- *концентрація на рахунку* – подумки повільно рахуйте від 1 до 10. Якщо у певний момент думки почнуть розсіюватися і ви будете не в змозі зосередитися на рахунку, почніть рахувати спочатку. Повторюйте рахунок протягом кількох хвилин;

- *концентрація на слові* – оберіть коротке (найкраще двоскладове) слово, яке викликає у вас позитивні емоції або приємні спогади. Можливо, це буде ім'я коханої людини або ласкаве прізвисько, яким вас називали у дитинстві батьки, або назва улюбленої страви. Якщо слово двоскладове, то подумки вимовляєте перший склад на вдиху, другий – на видиху. Зосередьтеся на “своєму” слові, яке відтепер стане вашим персональним гаслом під час концентрації. Саме така концентрація приводить до бажаного результату – релаксації всієї мозкової діяльності.

6. Виконуйте релаксаційно-концентраційні вправи протягом кількох хвилин. Робіть це доти, доки цей процес не принесе вам задоволення.

7. Закінчивши вправу, проведіть долонями по повіках, не поспішаючи розплющіть очі та потягніться. Ще кілька секунд спокійно посидьте на стільці. Зафіксуйте подумки, що вам вдалося перемогти неухважність.

Часто виникають ситуації, коли складно згадати чиєсь прізвище або певну свою думку. Ми часто розгублено зупиняємося посеред кімнати або коридора, намагаючись згадати, з якою метою пішли або що хотіли зробити. Саме у подібних випадках рекомендується короткочасна концентрація за командою (власного слова або рахунку). Здебільшого потрібне забуте слово (або думка) виникне у голові майже через мить. Звичайно, немає гарантій, що це обов'язково буде завжди вдаватися. Але за допомогою концентрації на слові або рахунку можна згадати забуте швидше, ніж за допомогою посиленої напруги пам'яті.

г). Ауторегуляція дихання.

Людина має можливість, свідомо керуючи диханням, використовувати його для заспокоєння та зняття напруження (м'язового та психічного).

Ауторегуляція дихання може стати дієвим засобом боротьби зі стресом, поряд з релаксацією та концентрацією. Протистресові дихальні вправи можна виконувати у будь-якому положенні. Обов'язковою є лише одна умова: хребет має знаходитися в чітко вертикальному або горизонтальному положенні.

Це дає можливість дихати природно, вільно, без напруження, повністю розтягувати м'язи грудної клітки й живота. Важливим також є правильне положення голови: вона має бути прямою та розслабленою. Якщо всі м'язи розслаблені, то можна тренуватися у вільному диханні, постійно контролюючи його. Дихальні вправи детально описані у літературі.

Висновки до вправ тренування:

1. За допомогою глибокого та спокійного ауторегульованого дихання можна попередити перепади настрою.

2. Сміх, зітхання, кашель, розмова або спів призводять до певних змін ритму дихання порівняно з нормальним автоматичним диханням. Спосіб та ритм дихання можна цілеспрямовано регулювати за допомогою свідомого його уповільнення та поглиблення.

3. Збільшення тривалості видиху сприяє заспокоєнню й повної релаксації.

4. Дихання спокійної та врівноваженої людини істотно відрізняється від дихання людини у стані стресу. Таким чином, за ритмом дихання можна визначити психічний стан людини.

5. Ритмічне дихання заспокоює нерви та психіку; тривалість окремих фаз дихання не має значення, оскільки важливим є тільки ритм.

6. Від правильного дихання значною мірою залежить здоров'я людини і навіть тривалість життя.

7. Чим повільнішим, глибшим, спокійнішим та ритмічнішим є наше дихання, тим швидше ми звикнемо до цього способу дихання, тим швидше воно стане частиною нашого життя.

д). Медитація.

Важливим методом психологічної допомоги особам, які перенесли психотравмуючий стрес, є *медитація*.

З її допомогою знімається нервово-психічне напруження, тривожні стани, страхи, полегшується усвідомлення психотравмуючих переживань та реакцій, посилюється процес «самоактуалізації». При високому рівні оволодіння методикою медитації можливе досягнення психічного стану, що характеризується неогоцентричним типом розумового процесу.

Медитації починаються з концентрації, зосередженості розуму, відмови від усього стороннього, що не пов'язане з об'єктом концентрації, від усіх другорядних внутрішніх переживань.

Основа медитації – концентрація уваги на певному стимулі або предметі. Відповідно до природи об'єкта виділяють *чотири види медитації*:

1. *Повторення у думках*. Об'єктом зосередження є мантра (слово або фраза, повторювана знову і знову, зазвичай подумки). Мантри можуть складатися із віршованих уривків, текстів народних пісень, окремих слів та звуків. Їхній вплив на психіку людини заснований на специфічному впливі звукосполучень.

2. *Повторення фізичної дії*. Об'єкт зосередження – певна фізична дія (повторювані дихальні рухи, дихальний контроль (підрахунок вдихів і видихів), використання поз (асан) в хатхайозі тощо.

3. *Зосередження на проблемі*. Об'єктом для концентрації є спроби вирішення проблеми, що містить парадоксальні завдання. Класичним прикладом є дзенівські «коани».

4. *Зорова концентрація*. Об'єкт для концентрації – зоровий образ (картина, полум'я свічки, листок дерева тощо). У східних культурах часто використовується для зорової концентрації «мандала» – квадрат всередині кола, геометрична фігура, що символізує єдність людини та всесвіту. Важливо пояснити пацієнтові, що медитація і досягнення стану надсвідомості не однакові поняття. Медитація являє собою процес або набір методик, які використовуються для досягнення бажаної мети – стану надсвідомості. Позитивний терапевтичний ефект може бути отриманий без досягнення кінцевого стану надсвідомості.

Виділяють такі *стадії медитаційного процесу*:

1. Факт початку медитативної практики. Стародавні індуїстські, дзенські писання, присвячені медитації, вказують, що спроба досягнення стану надсвідомості значно важливіша, ніж дійсне його досягнення.

2. Виникнення стану більш вираженої релаксації, тобто стану неспання, що характеризується зниженою психофізіологічною активністю.

3. Відсторонене спостереження, яке являє собою безособовий, пасивний стан спостереження, при якому людина просто «співіснує» з оточенням, а не протистоїть йому, намагаючись підпорядкувати собі.

4. «Стан над свідомості», що містить усі попередні стани, відрізняючись тільки інтенсивністю переживання, має такі характеристики: позитивний настрій; відчуття єдності з оточенням; зміна просторово-часових співвідношень;

загострене сприйняття реальності. Прийняття речей, які здаються парадоксальними для повсякденної свідомості.

Умовами здійснення успішної медитації є: спокійне оточення; пристосування, що полегшує концентрацію; пасивна установка; зручна поза.

Специфічний процес медитації може бути дуже ефективним психотерапевтичним підходом при травматичному стресі. Найкращі результати досягаються при застосуванні до початку медитації кількох прийомів нервово-м'язової релаксації.

Методики саморегуляції стану спрямовані на формування адекватних внутрішніх засобів, що дають змогу людині здійснити спеціальну діяльність стосовно змінення свого стану. За змістом та спрямованістю ці методи є формами активного самовпливу.

Головна функція психолога в процесі їх використання полягає в управлінні процесом формування необхідних внутрішніх засобів у суб'єкта впливу та забезпеченні адекватних умов їх засвоєння.

е). Поведінкова психотерапія.

Під час профілактики симптомів з групи вторгнення і уникнення, зокрема нав'язливих станів (і нав'язливих страхів та станів «флеш бек»), буде ефективною поведінкова психотерапія. Мета поведінкової психотерапії – формування та зміцнення здатності до дій, придбання технік, що уможливають поліпшити самоконтроль. Методика корекції містить два елементи:

- *формування нової реакції*, яка не має нічого спільного зі страхом;
- *одноразово-умовне гальмування страху*.

Практичний прийом полягає в поступовому демонструванні людині, яка знаходиться в стані релаксації, ієрархії обставин, що викликають страх (систематична десенсибілізація і десенсибілізація рухами очей).

У структурі психотравмуючого стресу присутня депресія, що розвивається в результаті невдалих спроб людини оволодіти власним психічним станом. Під час розвитку депресії як реакції на психотравмуючий стрес найефективніші методи належать когнітивній психотерапії. Основна ідея, яка закладена в цих методах, полягає у припущенні, що нормальні реакції, які дають можливість людям точно сприймати навколишню дійсність, опосередковуються когнітивними процесами. Тому при дестабілізації психічного стану ця здатність порушується, що, у свою чергу, призводить до когнітивних помилок. У реальній поведінці це проявляється у «тунельному баченні», що призводить до негативної оцінки постраждалим себе, свого оточення та майбутнього. Людина починає керуватися у своїй поведінці жорстко детермінованими ірраціональними установками. Наприклад: «мене ніколи не зрозуміє людина, яка не пережила цього» або «після того, що мені довелося пережити, я ніколи не зможу виконувати колишню роботу» тощо.

З огляду на зазначене, основна психокорекційна стратегія спрямовується на допомогу людині у пошуку та ідентифікації дезадаптивних тверджень з подальшим переосмисленням та заміною цих тверджень на більш адаптивні. Найефективнішим прийомом є виділення прихованого змісту дезадаптивного

твердження з метою показати людині алогічність та ірраціональність негативної установки мислення.

Методами цього підходу є:

- десенситизації рухами очей (ДРО) Ф. Шапіро;
- систематична десенсибілізація (Joseph Wolpe);
- раціонально-емотивна терапія (А. Елліса) та один з технічних прийомів

НЛП – шестикроковий рефреймінг.

Десенсибілізація рухами очей за Ф. Шапіро.

Новий метод було відкрито в 1987 р. американським психотерапевтом Ф. Шапіро, в основі якого лежить техніка десенсибілізації за допомогою руху очей, який активізує систему переробки інформації. Ідея цього методу полягає в тому, що психічна травма – це патологічна структура, в основі якої лежить неперероблена інформація травматичного досвіду. Сама по собі травма порушує систему переробки інформації, тому вона зберігається у вигляді травматичного переживання та може призвести до утворення симптому. Рух очей запускає інформаційно-переробну систему і відновлює її рівновагу.

Метод включає в себе два етапи:

- десенсибілізацію;
- когнітивне переструктурування спогадів та особистого ставлення.

Рух очей проводять з максимальною швидкістю від одного краю візуального поля до іншого, потім у зворотний бік (зліва направо, справа наліво, зверху вниз, знизу вгору, навскоси та по колу) 24–36 разів.

При появі болю рухи припиняють. Терапевт тримає два пальці вертикально на відстані 30 см від клієнта, який стежить за їх рухом. Після рухів очей необхідно вербалізувати почуття клієнта. При здійсненні рухів очима необхідно думати про травматичну подію. Після вправи проводиться переоцінювання травматичної ситуації та обумовлюються плани на майбутнє.

Метод систематичної десенсибілізації ґрунтується на поведінковому принципі протиобумовлення, який стверджує, що суб'єкт може подолати дезадаптивну поведінку, викликану ситуацією чи предметом, шляхом поступового наближення до ситуацій, що викликають страх, нівелюючи тривогу станом релаксації. Сутність методики полягає в тому, що у людини, яка знаходиться в стані глибокої релаксації, викликаються уявлення про ситуації, що призводять до виникнення страху. Потім шляхом поглиблення релаксації знімається тривога. У думках уявляються різні ситуації, від найлегших до важких, які викликають найбільший страх. Процедура закінчується, коли найсильніший стимул перестає викликати у людини страх. Виділяється три етапи процедури:

- перший – оволодіння методикою м'язової релаксації (за Джекобсоном);
- другий – складання ієрархії ситуацій, що викликають страх;
- третій – власно десенсибілізація (з'єднання уявлень про психотравмуючу ситуацію з релаксацією).

На цьому етапі обговорюється методика зворотного зв'язку – інформування людиною психолога про наявність або відсутність у неї страху в момент подання ситуації. Наприклад, про відсутність тривоги повідомляється підняттям вказівного пальця правої руки, про наявність її –

підняттям пальця лівої руки. Людина уявляє ситуацію 5–7 сек., потім усуває тривогу, яка виникла шляхом посилення релаксації. Період триває до 20 сек. Протягом одного заняття відпрацьовуються 3–4 ситуації зі списку.

З метою корекції страхів поряд з методикою систематичної десенсибілізації застосовується метод «імерсії» (загасання, згасання, занурення).

Метод «імерсії» – метод поведінкової психотерапії, заснований на демонстрації пацієнту об'єктів, що викликають страх, без розслаблення, але в присутності психотерапевта.

Головною технікою є систематична експозиція (демонстрація, пред'явлення) об'єкта страху. До імерсивних методик належить також метод «парадоксальної інтенції» – метод В. Франкла, заснований на здійсненні пацієнтом того, чого він боїться, з почуттям гумору. Метод застосовується під час фобії – страху очікування повторення симптому. Наприклад, людина, яка потрапила в аварію, боїться знову сісти за кермо. У цій ситуації гумор дає можливість зайняти дистанцію щодо самого себе, свого страху, а втім, знайти над собою повний контроль. Парадоксальна пропозиція формулюється у гумористичній формі. Працюючи цим методом, важливо, щоб людина сама захотіла здійснити те, чого вона боїться зробити.

На відміну від методу систематичної десенсибілізації, в методах «імерсії» та «парадоксальної інтенції» не використовується стан релаксації, тому вони можуть бути застосовані для роботи з психічними травмами як малої інтенсивності, так і невротичними страхами.

Тема 6. Екстрена психологічна допомога в екстремальних ситуаціях.

- 1. Особливості організації та надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій.*
- 2. Принципи та методи екстреної консультативної допомоги.*

1. Особливості організації та надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій.

Всі люди, які опинилися в безпосередній близькості від кризової або надзвичайної події, вважаються постраждалими, оскільки навіть якщо не постраждала власно людина, а її родичі, то неможливо залишатися байдужим.

У психології розроблено **класифікацію груп, постраждалих у надзвичайних ситуаціях:**

I група – «жертви»; II група – постраждалі;
III група – очевидці; IV група – спостерігачі.

На підставі психофізичних особливостей постраждалих у надзвичайних ситуаціях поділяють так:

- *I група – «жертви»* (їм притаманні: больовий шок, гострі психічні реакції).

- *II група – постраждалі* (почуття втрати, стан оглушення, реакція уникнення, психосоматичні прояви, шок (ступор, тремор, рухові порушення), зворотна реакція (приплив сил).

- *III група – очевидці* (афективні реакції, мовна активність, пошук винних у події).

- *IV група – спостерігачі* (прояв афективних реакцій (рідко).

Психологічної допомоги потребують всі перелічені групи людей. Реально задовольнити таку потребу зараз практично неможливо, адже в Україні система установ психологічної допомоги населенню тільки формується. Це центри психічного здоров'я, «телефони довіри», служби зайнятості, соціальна служба для молоді тощо.

Під час стихійних лих і катастроф, що охоплюють значні території й супроводжуються значними санітарними втратами, як правило, місцеві органи охорони здоров'я дезорганізовані, внаслідок чого виникає необхідність залучення медичних сил і засобів усієї країни, у тому числі й психологічної служби.

Ситуація роботи психолога **в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації**, щонайменше, такими моментами (Р. Ловелл, С. Малімонова, 2003):

- Робота з групами. Часто доводиться працювати з групами жертв, і ці групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб психотерапевтичного процесу, вони були створені самим життям чинності драматичної ситуації катастрофи.

- Пацієнти часто перебувають у гострому афективному стані. Іноді доводиться працювати, коли жертви знаходяться ще під ефектом травмуючої ситуації, що не зовсім звичайно для нормальної психотерапевтичної роботи.

- Нерідко низький соціальний та освітній статус багатьох жертв. Серед жертв можна зустріти велику кількість людей, які за своїм соціальним та освітнім статусом ніколи в житті не опинилися б у кабінеті психотерапевта.

- Різномірність психопатології у жертв. Жертви насильства часто страждають, крім травматичного стресу, невротами, психозами, розладами нервової системи і, що особливо важливо для професіоналів, які працюють з жертвами, цілою низкою проблем, викликаних самою катастрофою або іншою травмуючою ситуацією. Мається на увазі, наприклад, відсутність засобів до існування, відсутність роботи тощо.

- Наявність майже в усіх пацієнтів почуття втрати, оскільки часто жертви втрачають близьких людей, друзів, улюблені місця проживання, роботи та ін., що робить внесок у нозологічну картину травматичного стресу, особливо в депресивну складову цього синдрому.

- Відмінність посттравматичної психопатології від невротичної патології. Можна стверджувати, що психопатологічний механізм травматичного стресу принципово відрізняється від патологічних механізмів невроту. Таким чином, необхідно виробити стратегії роботи з жертвами, які охопили б і ті випадки, коли має місце «чисто» травматичний стрес, і ті випадки, коли має місце складне переплетіння травматичного стресу з іншими патогенними факторами внутрішнього або зовнішнього походження.

Саме тому ***служба екстреної психологічної допомоги виконує такі базові функції:***

- практичну: безпосереднє надання швидкої психологічної і (за потреби) долікарської медичної допомоги населенню;

- координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими психологічними службами.

Мета і завдання екстреної психологічної допомоги містять:

- профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда;

- психотерапію нервово-психічних порушень.

Загальна медична, психологічна допомога першого етапу повинна бути спрямована на виявлення й ізоляцію осіб із психомоторним збудженням для запобігання розвитку паніки.

Упродовж усіх рятувальних і евакуаційних робіт психологічна допомога тісно пов'язана із медичною допомогою. Однак у зв'язку з обмеженістю ресурсів психологічна та психіатрична допомога надається не стаціонарними структурами, а мобільними психолого-психіатричними групами (бригадами).

Під час ***сортування потерпілих з гострою психічною травмою головними є такі критерії:***

- психотичний або непсихотичний рівень розладів;

- свідомість у потерпілого порушена або не порушена;

- рухове порушення або ступор;
- стан емоційної сфери – страх, тривога або депресія.

На всіх етапах евакуації виявляються й окремі особи, які піддаються паніці, і суб'єкти з істеричними розладами, які становлять групу підвищеного ризику поширенню паніки.

Після завершення рятувальних робіт і відносної стабілізації ситуації формується система **медико-психологічної допомоги, яка може мати розгалужену структуру:**

1. Центри соціально-психологічної підтримки із провідною участю соціальних працівників і психологів для виконання інформаційної та психокорекційної роботи.

2. Амбулаторна психотерапевтична служба для психотерапевтичного (лікарського) консультування й лікування потерпілих з межуючими психічними розладами.

3. Стаціонарна психіатрична й психотерапевтична служби для лікування ПТСР, соматоформних і психотичних психогенних розладів.

В.С. Мухіна вважає, що **формування групи для роботи з надання експрес-допомоги дітям і дорослим, які пережили травматичні події, повинно вестися з урахуванням низки умов:**

1). Усі члени групи повинні бути професіоналами в галузі вікової психології й психології поведінки людини в надзвичайних ситуаціях як у теорії, так і на практиці. У ситуації, коли жертва переживає травмуючі події, робота психолога повинна вестися на основі знань психічних особливостей і можливостей кожного віку. Знання закономірностей розвитку психіки, її вікових особливостей і її потенціалу – підстава для початку роботи з надання психологічної допомоги. Наявність досвіду роботи з людьми різного віку (від дітей до людей похилого віку) принципово значуща в цій ситуації.

2). Учасники групи обов'язково мають бути емпатійними людьми. Робота з людьми, які пережили трагедію і перебувають у шоковому стані, пережили горе втрати вимагає, крім професійних якостей, простого людського співпереживання.

Емпатія – основна умова для встановлення контакту з людиною, яка пережила трагедію, і для виведення її зі стану травматичного і посттравматичного стресу.

3). Члени групи обов'язково повинні бути як фізично, так і психічно витривалі. Графік роботи й навантаження в екстремальних ситуаціях не нормуються. Важливо, щоб усі члени групи вміли утримувати себе у психічній та фізичній нормі. Уміння регулювати власні фізичні та психічні стани для психологів, які працюють у надзвичайних ситуаціях, особливо важливе. Всупереч надзвичайним обставинам психолог повинен залишатися здатним надавати допомогу «прямим жертвам» і «жертвам подальшої хвилі» надзвичайної ситуації.

4). Мотивація участі у психологічній експрес-допомозі повинна бути виключно професійною. Мотив – допомоги людям, які пережили надзвичайну ситуацію і горе втрати – природний мотив, властивий нормальній соціалізованій і

моральній людині. Професіонал повинен усвідомлювати, що під час надання допомоги він буде діяти у складній ситуації, часто непередбачуваній.

Професіонал має бути психологічно включений в ситуацію експрес-допомоги. Думки і почуття психолога повинні бути зосереджені на людях, яким надається допомога, на їх проблемах і станах.

Власні амбіції як професійні, так і іншого роду під час роботи з жертвами надзвичайних ситуацій не повинні замінювати виконання взятих на себе зобов'язань. Домагання, що знаходяться за межами надання допомоги жертвам, повинні бути подавлені. Слід пам'ятати, що ти – професійний психолог, який працює для потерпілих і заради постраждалих.

Корисно засвоїти певні знання про *можливі результати роботи психолога в умовах надзвичайних ситуацій*:

- зусилля можуть принести успіх, але можуть бути й марні;
- якщо стан жертв, з якими ти працюєш, раптом буде явно поліпшуватися, то не слід відносити це на свій рахунок.

Потрібно знати і не забувати, що поліпшення стану забезпечує, швидше, властивість психіки людини до відновлення живої істоти, ніж твої професійні зусилля. Саме тому надання допомоги жертві з хронічними захворюваннями тіла і психіки вимагає великих зусиль і професійного втручання фахівців-медиків. Однак, безумовно, *робота професійного психолога може сприяти відновленню психіки жертви*;

- психолог реально допомагає жертві впоратися з травмуючими переживаннями, створює умови, сприятливі для реабілітації.

5). Для ефективної роботи групи важливо, щоб кожен її член дотримувався загальних правил і не був індивідуалістом.

Для ефективної роботи групи важливі спільні вечірні рефлексії: аналіз складних випадків.

Кожен член спільноти психологів експрес-допомоги повинен бути готовим працювати самостійно в різноманітних проблемних ситуаціях. Кожен відповідає за себе. Ніхто ніким у процесі самої роботи не керує, нікого не контролює. Кожен сам на сам працює з психологічними проблемами конкретних людей і самостійно приймає рішення.

Якщо робоча група достатньо велика, то в низці обставин ефективніше працювати парами.

Взаємодопомога здійснюється на рефлексивних зустрічах. В умовах психологічної експрес-допомоги в надзвичайних ситуаціях діяльність психолога перетворюється на екстремальну професію.

6). Керівник відповідає за загальну стратегію надання експрес-допомоги і тактику, щодня вирішуючи загальні та ситуативні проблеми. Під час формування групи важливі дві позиції: з одного боку, початково керівник бере відповідальність за склад учасників на себе, з другого – кожен член групи співпрацює з керівником і одночасно бере відповідальність на себе за свої дії.

7). Група формується з огляду на низку раціональних вимог. Крім професійних якостей практикуючого психолога, важливо правильно вибудувати

віковий, гендерний та типологічний склад групи. Керівник має орієнтуватися в особливостях фізичного і психічного здоров'я і витривалості кожного члена групи.

Готовність психолога до роботи в екстремальних умовах зумовлена не тільки його знанням вікових особливостей людей і типових регресій в результаті надзвичайних ситуацій, а і його особистої мотивації, сконцентрованої на безкорисливому наданні допомоги.

8). Психологічно правильно групи експрес-допомоги готувати заздалегідь як добровільні команди. Функціональні відносини членів групи повинні бути відпрацьовані заздалегідь, з огляду на потенційні можливості кожного. Крім основного складу групи, потрібними у роботі є дублери та добровольці.

2. Принципи та методи екстреної консультативної допомоги.

Термінова психотерапія – вид психологічної допомоги, яка проводиться в найближчий час після отримання людиною психічної травми з метою відновлення психічної рівноваги та недопущення дезадаптивної реорганізації особистості. Вона має на меті надання оперативної психологічної допомоги, як правило, у безпосередній близькості до району бойових дій, стихійних лих, надзвичайних подій, при звільненні з полону тощо.

Специфічними принципами надання допомоги при психологічній травмі в результаті впливу екстремальних ситуацій є: невідкладність; наближеність до місця подій; очікування на відновлення нормального стану; єдність і простота психологічного впливу; принцип інтервенції.

Невідкладність означає, що допомога потерпілому повинна надаватися якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу наближеності полягає в наданні допомоги у природній обстановці і соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Очікування на відновлення нормального стану: з особою, яка перенесла стресову ситуацію, слід поводитися не як з пацієнтом, а як з нормальною людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність психологічного впливу має на увазі, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікована.

Простота психологічного впливу полягає у вмінні ізолювати потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим.

Екстрена психологічна допомога населенню повинна ґрунтуватися на **принципі інтервенції** в поверхневій зоні свідомості, тобто на роботі з симптоматикою, а не з синдромами.

Перший напрям застосовується зі здоровою частиною населення – у вигляді профілактики:

- а) гострих панічних реакцій;
- б) відстрочених, «відставлених» нервово-психічних порушень.

Другий напрям містить психотерапію та психопрофілактику осіб з розвиненими нервово-психічними порушеннями.

Технічні складності ведення рятувальних робіт у зонах катастроф, стихійних лих можуть призводити до того, що постраждалі протягом досить тривалого часу опиняться в умовах повної ізоляції від зовнішнього світу. У цьому випадку рекомендується психотерапевтична допомога у вигляді екстреної «інформаційної терапії», метою якої є психологічна підтримка життєздатності тих, хто живий, але перебуває в повній ізоляції від навколишнього світу (землетрусу, руйнування осель в результаті аварій, бойових дій, вибухів тощо).

«Інформаційна терапія» реалізується через систему звукопідсилювачів і складається з трансляції таких рекомендацій, які повинні почути постраждалі:

- 1) інформація про те, що навколишній світ намагається допомогти та зробити це якомога швидше;
- 2) при перебуванні в ізоляції необхідно зберігати повний спокій, оскільки це один з головних засобів порятунку;
- 3) необхідність надання собі самодопомоги;
- 4) небажаність приймати жодних фізичних зусиль до самоевакуації у разі завалів, що може призвести до небезпечного зміщення уламків;
- 5) максимально економити свої сили;
- 6) перебувати з заплющеними очима, що дасть змогу наблизити себе до стану легкої дрімоти і більшої економії фізичних сил;
- 7) дихати повільно, неглибоко і через ніс, що дасть можливість зекономити вологу і кисень в організмі і кисень в навколишньому повітрі;
- 8) подумки повторювати фразу: «Я абсолютно спокійний» 5–6 разів, чергуючи ці самонавіювання з періодами рахування до 15–20, що дасть змогу зняти внутрішнє напруження і домогтися нормалізації пульсу і артеріального тиску, а також самодисципліни;
- 9) вивільнення з «полону» може зайняти більше часу, ніж хочеться потерпілим. «Будьте мужніми і терплячими. Про Вас пам'ятають. Допомога йде до Вас».

Метою «інформаційної терапії» є також зменшення почуття страху у постраждалих, тому що в кризових ситуаціях від страху гине більше людей, ніж від впливу реального руйнівного фактора.

Психотравматолог К. Хаусман (К. Hausmann, 2005) у роботі *при масових гострих психотравматичних обставинах пропонує такі дії*:

- *Заспокоєння*. Потерпілого повертають до належного (адекватного) рівня схвильованості. Психолог спокійним та впевненим голосом стверджує: «Ви в повній безпеці», «Все вже у минулому». Забороняється – недооцінювати ситуацію, давати неправдиві обіцянки, втішати через обман!

- *Відновлення орієнтації.* У випадку порушеного орієнтування потерпілого допомогти йому повернути стан «реального Я» в стан «тут і тепер». Потерпілому надається чітка інформація про ситуацію, місце і час. На всі його запитання даються чіткі відповіді. Також проводиться активне слухання та сприйняття: «... Послухайте мене, подивіться на мене, подивіться навкруги, що ви бачите, що чуєте, Яку подію перед нещасним випадком ви можете пригадати, що можете пригадати з подій після випадку? Спробуйте пригадати, як це сталося, як все почалося?...»

Активізація ресурсів потрібна для відкриття доступу та використання власних і соціальних механізмів подолання. Це реанімує почуття самокомпетентності. Варто звернути увагу на фізичні потреби потерпілого, для цього доречно запитати: «...Як би ми могли це найшвидше вирішити?, Як ви зазвичай поведетесь у складних ситуаціях?...»

Активізувавши ресурси, можна скласти стратегію подолання.

Сприйняття реальності ситуації потрібне для зменшення інтенсивності травматичного навантаження. Проводиться психовиховання, пояснюються симптоми гострої стресової реакції. Важливо відгородити потерпілого від повторної травматизації, надати допомогу чи підтримку або навпаки, адекватно підготувати до можливого важкого сприйняття (наприклад, прощання з померлим). Варто застосовувати вправи на уважність («...Візьміть свою ліву руку, ... Відчуйте, як ви сидите, як ви дихаєте...»).

Відчуття часу структурує подію і вкладає її в часовий контекст. Потерпілого можна запитати: «Яка зараз година?», «Скільки часу пройшло від якоїсь конкретної події?» Важливо за допомогою інформації та активізації наративної пам'яті показати хронологію, ввести стресову подію у нормальний контекст буднів, ввести чіткі і стабільні поняття часу (тепер, до того, після того, сьогодні до обіду...).

Опрацювання в думках сприяє поведінковому аналізу події та власної реакції на неї.

Психолог спонукає до встановлення емпатичного контакту, спонукає потерпілого до висловлювання думок («Про що ви тоді думали? Як би ви це описали?»). Наприклад, висловлювання спогадів про померлого чи поведінку загиблого в нещасному випадку допомагає спонтанному відпочинку травмованої особи та оптимально прокладає шлях для опрацювання травми в травмотерапії.

Пробудження почуттів необхідне для того, щоб зняти емоційне напруження та унеможливило застрягання на емоційно гнітючих подіях.

Важливо просто сприйняти всі почуття, які висловлюються потерпілим. Забороняється перешкоджати проявам емоцій. Почуття, навіть такі, як сором, гнів, злість, роздратування, необхідно приймати та цінувати.

Відновлення та підтримка суб'єктивного контролю. Психолог спонукає потерпілого приймати рішення в простих речах: «Чи могли б ви сказати, де б ви хотіли сісти? Вам багато цукру до кави? В який час мені краще зателефонувати вашому чоловікові?»

Зміцнення «образу Я» проводиться для нормалізації суб'єктивних та об'єктивних реакцій, активізує та підтримує дієздатність, спонукає до пошуку та застосування стратегій подолання. Психолог отримує відповідь на запитання «Кому ви зараз потрібні?», «Чи є у вас якісь ідеї, що можна з цим робити?»

Така позиція сприяє нормалізації, започатковує роботу над розірваним «образом Я» у лікуванні травми.

Наступні кроки потрібні, щоб «поставити потерпілого на ноги». Тут будуються конкретні плани і приймаються домовленості, встановлюються контакти, таким чином, ця робота є і діагностичною, і ощадливо-терапевтичною, що готує травмовану особу до проведення травматерапії.

Є інші підходи в роботі з гострою реакцією на стрес. Досить ефективним є дебрифінг (Дж. Мітчел).

Дебрифінг – це кризова інтервенційна методика, яка застосовується для подолання кризи, що переживається в зв'язку з трагічними ситуаціями (стихійне лихо, теракти, дорожньо-транспортні пригоди, інші екстремальні події), які мають потужні психічні наслідки.

Мета групового обговорення – мінімізація психологічних страждань.

Завданнями дебрифінгу є:

1. «Опрацювання» негативних вражень, реакцій і почуттів.
2. Когнітивна організація переживання досвіду: усвідомлення травматичної події, реакцій та симптомів, які її супроводжують та нею викликані.
3. Зниження індивідуального та групового напруження.
4. Зменшення уявлень про унікальність та патологічності власних почуттів і реакцій.
5. Нормалізація станів (самопочуття): поява можливості обговорити кризову ситуацію та поділитися один з одним своїми переживаннями.
6. Мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів та посилення групової підтримки, солідарності і розуміння.
7. Підготовка до переживання симптомів або реакцій, які можуть виникнути через кілька днів або тижнів.
8. Визначення засобів подальшої допомоги у разі необхідності та інформування учасників групової дискусії, куди і до кого можна звернутися у разі потреби.

Оптимальний час для проведення дебрифінгу – не пізніше **48 годин** після події. Обговорення може відбутися і значно пізніше після події, однак чим більше мине часу, тим невизначенішими будуть спогади. Для відтворення картини подій, що відбулися при великій часовій дистанції, можуть бути використані відеозаписи подій, якщо такі є.

Обстановка для проведення психологічного дебрифінгу повинна бути зручною, бажано в ізольованій кімнаті, в якій група була б захищена від зовнішніх втручань, таких, наприклад, як телефонні дзвінки, випадкові відвідувачі. Члени групи можуть розташуватися навколо столу.

Керує проведенням психологічного дебрифінгу одна людина, яка має одного або двох асистентів.

Серцевина дебрифінгу – фасилітоване групове обговорення, яке включає говоріння, слухання, прийняття рішень, навчання, проходження порядку цього методу та доведення зустрічі до результативного закінчення. У список умінь керівника входять: його дії на всіх етапах групового обговорення, знання закономірностей групової динаміки та їх використання у терапевтичних цілях, фасилітація, контроль за переміщенням членів групи усередині і поза кімнатою, де відбувається дебрифінг, контроль за часом, індивідуальні контакти з тим, хто переживає дистрес.

Процес дебрифінгу має бути записаний.

Чисельність групи для психологічного дебрифінгу варіюється навколо **цифри 15**. Збільшення кількості учасників пов'язане з необхідністю мати додаткове число асистентів та умови для проведення дебрифінгу, а саме: просторе приміщення, щоб люди могли здійснювати обговорення одночасно у кількох групах з 15 осіб.

Структура психологічного дебрифінгу включає **три частини та сім чітко виражених фаз**.

Частина перша: опрацювання основних почуттів та вимір інтенсивності стресу включає: 1) *вступну фазу*; 2) *фазу фактів*; 3) *фазу думок*; 4) *фазу реагування*.

Частина друга: детальне обговорення симптомів та забезпечення почуття спокою й підтримки складається з 5) *фази симптомів*; 6) *підготовчої фази*.

Частина третя: мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє – 7) *фаза реадaptaції*.

Процедура психологічного дебрифінгу представлена у класичному варіанті. Всі перелічені фази необхідні, оскільки учасники групового обговорення були свідками або потерпілими однієї травмуючої події.

Частина I. Опрацювання основних почуттів і вимір інтенсивності стресу.

1). Вступна фаза психологічного дебрифінгу вимагає кваліфікованого початку групової роботи: проведення знайомства, порядок розміщення учасників за столом. На введення витрачається біля 15 хвилин.

На початку вступної фази психолог представляє себе та своїх асистентів, викладає цілі та завдання зустрічі. Правила дебрифінгу позначаються для того, щоб мінімізувати тривогу, яка може виникнути в учасників групового обговорення.

Правило перше. Учасники групового обговорення говорять тільки тоді, коли захочуть це робити. Ніхто не може примушувати їх до відвертості. Єдина вимога – вони повинні назвати своє ім'я та висловити своє ставлення до обговорюваної події.

Від членів групи потрібне вміння вислуховувати не перебиваючи і давати висловлюватися всім бажаним.

Правило друге. Члени групи повинні бути впевнені в дотриманні конфіденційності змісту обговорення. На кожній зустрічі встановлюється свій рівень конфіденційності. Керівник дає гарантію того, що все, що буде сказано, не

вийде за рамки цього кола спілкування. Членів групи також просять не поширювати чутки про те, що тут відбуватиметься. Це створює в учасників групового обговорення стан психологічної безпеки.

Окремо слід обумовити ведення записів під час групових дискусій. Необхідно зняти страх, заспокоївши учасників запевненням, що нічого не буде записуватися проти їхньої волі.

Однак, з другого боку, їм можна повідомити, що було б корисно для них же самих робити запис викладених фактів і думок, щоб потім можна було ще раз звернутися до цього матеріалу. Це корисно особливо для зняття ілюзій, які виникають з приводу унікальності подій, що відбулися.

Правило третє. Учасникам групового обговорення пояснюється, що процедура психологічного дебрифінгу не припускає оцінок, критики і вироків. Це не трибунал, не суд, тут немає винних та суддів – це лише процедурне обговорення. Подібна установка попереджає суперечки, взаємні звинувачення, які можуть виникнути через розбіжності в очікуваннях, думках, почуттях.

Правило четверте. Учасників попереджають, що вони можуть відчувати себе трохи гірше під час групового обговорення (під час сесії), але це нормальне явище, яке зазвичай відбувається через порушення болючих проблем. Ведучий має пояснити, що це частина плати за можливість згодом протистояти стресам, за майбутнє одужання.

Правило п'яте. Групі не рекомендується працювати без перерви. Тому їм може бути запропоновано: перекусити або відвідати туалет до початку дебрифінгу. Корисно мати кавоварку або чайник, щоб кожен міг обслуговувати себе на місці, не перериваючи заняття.

Правило шосте. Членів групового обговорення попереджають, що у них є можливість тихо вийти і повернутися назад. Однак ведучого слід попередити про свій стан, якщо необхідний супровід.

Правило сьоме. Учасникам групового обговорення пояснюють, що вони можуть обговорювати проблеми, що виходять за рамки заданої теми, ставити будь-які запитання. Важливо постійно пам'ятати, що в учасників радше немає досвіду представлення свого «Я» в групі. На ведучому та його команді лежить відповідальність за заохочення і заспокоєння членів групи. І початок цієї діяльності запускається вже у вступній фазі. Тут доречні м'які жарти, легке жартування над собою. Все це допоможе знизити напругу в групі.

2). Фаза фактів. Ця фаза являє собою короткий опис людиною того, що з нею сталося під час інциденту. Учасники можуть описати, як вони побачили обговорювану подію і яка була тимчасова послідовність етапів її сприйняття. Ведучий повинен заохочувати питання, які допомагають прояснити і відкоригувати об'єктивну картину фактів і подій, наявних у розпорядженні членів групи. Це важливо, тому що у зв'язку з розмахом інциденту і помилок сприйняття кожна людина реконструює картину по-своєму. Це можуть бути просто неадекватні переживання подій або ж наявність помилкових ключових уявлень про них. Іноді порушується відчуття часу: послідовність і тривалість подій. Тривалість фази факту може варіюватися. Але чим триваліша травмуюча подія,

тим довшою може бути фаза факту. Знання про всі епізоди події та їх послідовності створює відчуття когнітивної організації минулої події. Це одне з головних завдань психологічного дебрифінгу – дати людям шанс більш об'єктивно й адекватно побачити ситуацію, маючи повну картину всіх фактів обговорюваної події. Таким чітким обговоренням блокуються різні спекуляції, що підігрівають тривогу.

3). Фаза думок. Ця фаза передбачає фіксування на судженнях з приводу події. Відбувається аналіз висловлених суджень та обговорення їх. Питання, що відкривають цю фазу, можуть бути такого типу: «Якими були ваші перші думки? Коли це сталося? Коли ви повернулися на місце події? Коли виявилися залученими?»

Люди, які не поспішають поділитися своїми першими думками, бо ці думки їм здаються недоречними, химерними, переживають інтенсивне відчуття страху. Перша думка може відображати те, що згодом складає основу тривоги. Необхідно підштовхнути учасників групового обговорення до висловлювань з приводу події.

Оживити спогади та активізувати думки можна за допомогою запитань: «Що ви робили під час інциденту? Чому ви вирішили робити саме те, що ви робили?»

У кінці цієї фази можуть бути проговорені враження учасників, які були на місці події. Питання, які, можливо, будуть поставлені, такі: «Які були ваші враження про те, що відбувалося навколо вас, коли події тільки почали розвиватися? Що ви чули, бачили?»

Зіставлення спогадів і їх усне повідомлення робить не настільки потужним їх руйнівний ефект, оскільки вони ще й вербалізуються всередині когнітивних рамок у процесі групового обговорення.

4). Фаза реагування. У процесі проведення цієї фази досліджуються почуття. Це часто найтриваліша частина психологічного дебрифінгу. Для того щоб вона проходила успішно, ведучому необхідно допомагати людям розповідати про свої переживання, нерідко навіть хворобливі. Це знизить деструктивний характер виражених почуттів.

Коли люди описують причини прийнятих рішень, вони дуже часто говорять про страх, безпорадність, самотність, самозвинувачення і фрустрації. Типові коментарі: «...Я так боявся зробити помилки...; Я знав, що якщо я зможу...; Я ніколи у своєму житті не був так переляканий. Мої руки тряслися і тряслися...; Я не знав, чи я збережу життя, або відбираю життя...; Я був такий самотній, що повинен був приймати всі рішення самотійно...».

Важливо придивлятися до тих, хто здається більш постраждалим, хто мовчить або у кого є особливо виражені симптоми посттравматичного розладу. Це можуть бути люди, які найбільше зазнали насильства і жорстокості. До таких учасників потрібен індивідуальний підхід, і після закінчення психологічного дебрифінгу їм може бути запропонована індивідуальна програма підтримки, психологічної допомоги. Іноді під час дебрифінгу можуть спливати ще давніші кризові події або більш особистісні проблеми. Слід передбачити детальніший розгляд деяких індивідуальних реакцій. Учасників групи просять описувати

симптоми, потрясіння (емоційні, когнітивні та фізичні), які вони пережили на місці події, коли інцидент завершився, протягом наступних днів і тепер. Особливо слід затримати увагу на незвичайних переживаннях, про деякі труднощі повернення до звичайної роботи і до звичного способу життя.

Можна очікувати знайомі риси посттравматичного стресу – переживання феномену уникнення і заціпеніння. Страх може викликати зміни в поведінці. Фобічні реакції можуть проявлятися в тому, що люди не зможуть повернутися назад в те місце, де сталася подія. Особливо проблемним це є в тому випадку, якщо воно є основним місцем їхньої роботи. Після подібних інцидентів люди іноді змушені змінювати місце роботи і місце проживання, бояться користуватися громадським транспортом, можуть боятися спати без світла.

Під час розповіді про пережиті почуття у членів групи створюються відчуття схожості, спільності і природності реакцій. Групове обговорення, що знімає унікальності пережитого, є ключовим. Питання, які сприяють створенню відчуття спільності, можуть бути такими: «Як ви реагували на подію?; Що для вас було найжахливішим з того, що трапилося?; Чи переживали ви у вашому житті раніше щось подібне?; Що викликало у вас появу такого ж смутку, розладу, фрустрації, страху?; Як ви себе почували, коли відбулася ця подія?»

Важливо отримати відповідь на запитання про найважчі переживання, пов'язані з подією, що відбулася. Правильна поведінка ведучого психологічного дебрифінгу особливо важлива на цій фазі обговорення. Він має створити такі умови, щоб кожен брав участь у комунікаціях, втручатися, якщо правила дебрифінгу порушуються або якщо має місце деструктивний критицизм. Чому це так важливо в процедурі дебрифінгу? Річ у тому, що один з головних терапевтичних результатів дебрифінгу – моделювання стратегій, що визначають, як справлятися з емоційними проблемами, що виникають у взаєминах після травмуючої події. Учасники групового обговорення повинні навчитися виражати свої почуття, знати, що це безпечно, розуміти, що вони мають право обговорити свої проблеми з іншими.

Нерідкі випадки, коли учасники засмучуються, якщо у них виникають сильні емоційні переживання. Для ведучого це є сигналом для організації групової підтримки. Варіанти підтримки можуть бути найрізноманітніші: можна покласти руку на плече людини, яка перебуває в стані дистресу, або просто підтримати, повідомивши, що сльози тут прийнятні і доречні. Ведучому дебрифінгу слід мати на увазі, що навіть такий, простий на перший погляд, спосіб групової підтримки, як доторк до плеча сусіда, може викликати негативну реакцію і тому вимагає спеціального дозволу. Якщо хтось іде, помічник ведучого дебрифінгу повинен упевнитися в нормальному самопочутті і сприяти його поверненню в колектив. Особливу увагу слід приділити проблемі взаємин у родині. Нерідко людина, яка пережила стрес, бачить, що сім'я не може зрозуміти того, що вона пережила, і в родині виникає почуття взаємного відчуження.

Частина II. Детальне обговорення симптомів та забезпечення почуття спокою й підтримки.

5,6). Фаза симптомів та підготовча фаза. На цьому етапі психологічного дебрифінгу ведучий або один з його помічників, який вів запис обговорення, повинен спробувати синтезувати реакції учасників. Тому особливі вимоги пред'являються до ведучого запису та здійснення діагностики загальних реакцій і спроб нормалізації стану групи. На цій фазі можна використовувати матеріали інших інцидентів або навіть результати досліджень. Акцент робиться на демонстрації реакцій, які є «нормальними реакціями на ненормальні події». Важливо тут підкреслювати індивідуальність кожного. В учасників групової дискусії не повинно скластися враження, що вони зобов'язані реагувати, якщо вони нормальні в цих подіях. Вони повинні тільки знати, що завжди можуть робити це, якщо захочуть.

Корисно використовувати записи, які відновлюють у пам'яті реакції і роблять більш точними і послідовними спогади. Під час психологічного дебрифінгу цього робити не можна, а тільки в кінці, щоб не руйнувати процес обговорення. Добре мати карту симптомів, де кожен з них докладно описаний, бажано карту повісити в кімнаті і щоб кожен міг підійти і додати щось до симптомів, якщо вони не виявили їх у себе раніше.

Важливо, щоб уже на цій фазі учасники могли домовитися про наступну зустріч. Інформація про майбутню зустріч дасть змогу учасникам замислитися над формуванням власної стратегії подолання своїх очікувань. Такі реакції, як зростання тривоги, почуття вразливості, проблеми зі сном і концентрацією уваги важливо не тільки описати, а й передбачати їх виникнення. У процесі обговорення вони повинні бути узагальнені, і в учасників групової дискусії сформовані установки та очікування, що за нормального розвитку подій з часом симптоми зникають.

Частина III. Мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє.

Під час роботи на **7). Фазі реадптації** обговорюється і планується майбутнє учасників групової дискусії, намічаються стратегії подолання негативних симптомів.

Одна з головних цілей психологічного дебрифінгу, крім усього іншого, є створення безпечного внутрішньогрупового психологічного контексту. Переживання нерозуміння з боку співробітників або членів сім'ї може бути одним із найбільш травмуючих аспектів посттравматичного стресу. Типовий текст у постраждалих від якогось травмуючого інциденту може бути виражений так: «Ми потребуємо можливості говорити один з одним, поділитися всіма переживаннями і думками без страху, що інші сміятимуться над нами».

Корисно обговорити, в яких випадках учаснику потрібна додаткова допомога. Визначальними можуть бути такі показники:

- Якщо симптоми не зникли через 6 тижнів.
- Якщо симптоми з часом стали більш явними.
- Якщо є складнощі з поверненням у нормальне життя вдома і на роботі.

Напрями подальшої допомоги. Група повинна обговорити і прийняти рішення про подальшу свою поведінку: про необхідність організації наступного

дебрифінгу або як мінімум відзначити його ймовірність, якщо інцидент був особливо травмуючим або залишилися деякі проблеми. За надзвичайних обставин, наприклад, смерті одного зі співробітників або для поглиблення групової солідарності, можливе проведення наступного дебрифінгу.

Слід передбачити спілкування один з одним у подальшому, коли команда буде розформована. Наприклад, обмінятися телефонами та адресами.

Відновлення роботи психологічного дебрифінгу може мати місце після двох тижнів або навіть двох місяців. Цей процес уже менш структурований, ніж перший, і його головне завдання – простежити прогрес у відновленні нормальної життєдіяльності учасників групового обговорення.

Тема 7. Девіантна поведінка особистості під час війни.

1. *Сутність та уявлення про девіантну поведінку.*
2. *Класифікація відхильної поведінки.*
3. *Форми відхильної (девіантної) поведінки.*

1. Сутність та уявлення про девіантну поведінку.

Поведінка людини на війні характеризується не тільки героїчними вчинками, що прославляють душу, і самопожертвуванням, але і негативними проявами людської природи, проявами пороків виховання, деструктивним впливом соціальних і бойових ситуацій. Існує великий клас поведінкових схем, що відхиляються від моральних і правових норм, що визначають поведінку учасників війни. Кожна з них має власні і загальні причини, внутрішню логіку, функцію, але головне, що їх об'єднує в окрему категорію, – це аномальність вчинків і психічна повноцінність їх суб'єктів. Знання видів і форм прояву девіацій дозволяє вести їх цілеспрямовану профілактику і викорінення.

Як відомо, під *девіантною поведінкою* в психології прийнято розуміти систему вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві соціальним нормам (правовим, етичним) або нормам психічного здоров'я. Проте, з одного боку, війна в суспільній свідомості сама по собі відноситься до ряду явищ, що відхиляються від норми. При цьому як норма виступає мир. З іншого боку, на сьогоднішній день дуже слабо сформульовані і не знайшли абсолютного розповсюдження положення про норму поведінки на війні.

Існує декілька уявлень про норму поведінки:

1. Норма як *типова (усереднена) поведінка*, характерна для більшості представників даної соціальної групи, визнається в цій групі як прийнятна. Ця норма вдягається в зручну і деколи елегантну упаковку, що містить у собі механізм соціального пробачення за відхилення. Найбільш відомими з таких «фантиків» є: «на війні як на війні», «війна все спише» й ін. Вивчення показує, що така норма практично завжди виробляється у військових колективах і служить могутнім засобом неформальної регуляції поведінки військовослужбовців у бойовій обстановці. У підрозділі, де нормою поведінки є колективізм, всякі тенденції до егоїзму, самоізоляції жорстко засуджуються, а нерідко піддаються груповим санкціям. У підрозділах, слабо підготовлених до ведення бойових дій, морально дезорганізованих, ніхто не пред'явить претензій воїнові, що допустив боязкість. Ясно, що таке розуміння норми не може служити для офіційної оцінки поведінки цивільних мешканців та силовиків у військовий час.

2. Норма як *оптимальна поведінка*, що забезпечує стійке соціальне і професійне функціонування людини і групи в конкретних умовах. Безумовно, таке трактування норми функціональне, але лише в ідеальному силовому

підрозділі, в ідеальній армії. Насправді весь досвід бойових дій свідчить про те, що людина не може стійко функціонувати як бездоганно налагоджена машина, що підкоряється надвимогам протягом нескінченного довгого часу і в умовах граничних навантажень.

Реальність життя така: жодна з воєн не обходилася без найгрубіших і жорстокіших відступів від правових і моральних норм, які вироблені «мирним» суспільством.

3. Норма як *відсутність неприпустимих відхилень* від встановлених законом, суспільною і груповою мораллю схем, моделей, правил поведінки. Коли йдеться про девіації військового часу офіційно, то найчастіше як норма використовується цей, третій варіант.

Нормальною в бойовій обстановці вважається поведінка, яка здійснюється в правовому просторі, орієнтована на основні етичні настанови воєнного часу, не вносить дезорганізацію у діяльність колективу і не ставить під загрозу життя і здоров'я самого суб'єкта поведінки і товаришів по службі.

Девіантна поведінка багатообразна, багатоаспектна. Залежно від того, які норми порушуються або не виконуються цивільними мешканцями та силовиками у військовий час, їх поведінка може кваліфікуватися як:

1) *асоціальна поведінка*, що пов'язана з невиконанням перш за все правових, моральних, культурних норм, але що не переступає меж закону. Дане визначення дуже тісно пов'язане з поняттям протиправної поведінки;

2) *антисоціальна поведінка*, що спрямована проти суспільства, його інтересів, грубо порушує його правові і моральні вимоги. Це поняття близько сходиться з поняттям делінквентної поведінки;

3) *делінквентна поведінка* – кримінальна, злочинна поведінка.

Девіантну поведінку необхідно чітко відмежовувати від поведінки аномальної. Аномальна поведінка пов'язана з відхиленням від норми психічного здоров'я. Якщо психічно хвора людина, найчастіше не усвідомлює можливі згубні наслідки своєї поведінки, то людина з девіантною поведінкою в більшості випадків усвідомлює свої дії та їх можливі наслідки, але через різні причини (боязкості, байдужості, пошук особистої вигоди й ін.) здійснює девіантний вчинок.

Готовність людини до девіантних вчинків по-різному пояснюється представниками різних наукових традицій і шкіл у психології:

- Представники біогенетичного підходу пояснюють її несприятливою спадковістю.

- Прихильники психоаналізу пов'язують причини девіацій із дефектами раннього розвитку особи.

- Апологети біхевіоризму – з недоліками соціального навчання. Швидше за все, в девіації виявляються як дефекти особистісного розвитку, так і помилки виховання, що поєднуються з несприятливою ситуацією.

2. Класифікація відхильної поведінки.

Психологічний підхід оснований на виділенні соціально-психологічних відмінностей окремих видів відхильної поведінки особистості.

Один з найбільш повних і цікавих варіантів систематизації видів відхильної поведінки передбачає розподіл усіх поведінкових девіацій на дві великі групи: **нестандартну і деструктивну поведінку** (дивись рис. 1).

Типологія *деструктивної поведінки* вибудовується відповідно до її мети. В одному випадку це – зовнішньодеструктивна мета, спрямована на порушення соціальних норм (правових, морально-етичних, культурних) і, відповідно, *зовнішньодеструктивну поведінку*. В іншому випадку – внутрішньодеструктивна мета, спрямована на дезінтеграцію самої особистості, її регрес і, відповідно, *внутрішньодеструктивну поведінку*.

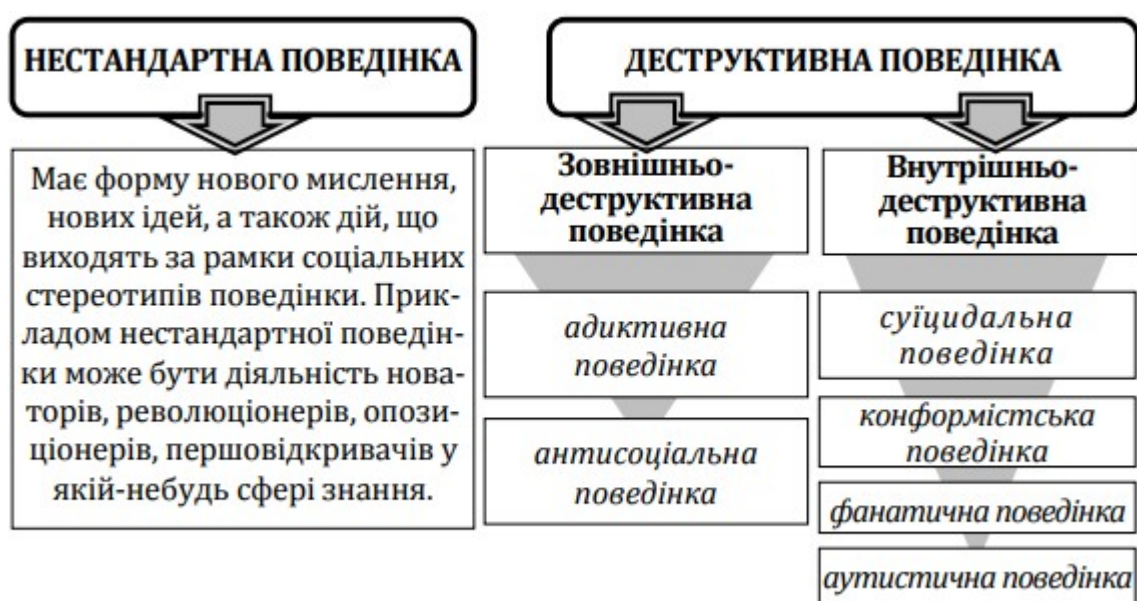


Рис. 1. Систематизація видів відхильної поведінки.

Зовнішньодеструктивна поведінка, у свою чергу, ділиться на *адиктивну і антисоціальну*.

Адиктивна поведінка передбачає використання якихось речовин або специфічної активності з метою відходу від реальності й отримання бажаних емоцій.

Антисоціальна поведінка полягає в діях, які порушують існуючі закони і права інших людей у формі протиправної, асоціальної, аморальної поведінки.

У групі внутрішньодеструктивної поведінки виділяють: *суїцидальну, конформістську, фанатичну й аутистичну поведінку*.

Суїцидальна поведінка характеризується підвищеним ризиком самогубства.

Конформістська – поведінка, позбавлена індивідуальності, орієнтована виключно на зовнішні авторитети.

Фанатична – виступає у формі сліпої прихильності до будьякої ідеї, поглядів.

Аутистична – виявляється у вигляді безпосередньої відстороненості від людей і навколишньої дійсності, заглибленості у світ власних фантазій.

Відповідно до перерахованих критеріїв виділяють **три основні групи відхилень у поведінці**:

- 1) антисоціальна (делінквентна) поведінка;
- 2) асоціальна (аморальна) поведінка;
- 3) аутодеструктивна (саморуйнівна) поведінка.

Антисоціальна (делінквентна) поведінка – це поведінка, що суперечить правовим нормам, загрожує соціальному порядку і благополуччю оточуючих людей. Вона включає будь-які дії або бездіяльність, заборонені законодавством.

У дорослих людей (старших 18 років) делінквентна поведінка виявляється переважно у формі правопорушень, що тягнуть за собою кримінальну або цивільну відповідальність і відповідне покарання. У підлітків (від 13 років) переважають такі види делінквентної поведінки: хуліганство, крадіжки, грабежі, вандалізм, фізичне насильство, торгівля наркотиками. У дитячому віці (від 5 до 12 років) найбільш поширені такі форми, як насильство стосовно молодших дітей або однолітків, жорстоке поводження з тваринами, злочинство, дрібне хуліганство, руйнування майна, підпали.

Асоціальна поведінка – це поведінка, що уникає виконання морально-етичних норм, безпосередньо загрожує благополуччю міжособистісних відносин. Вона може виявлятися як агресивна поведінка, сексуальні девіації (безладні статеві зв'язки, проституція, спокуса, вуайєризм, ексгібіціонізм та ін.), залученість в азартні ігри на гроші, бродяжництво.

У підлітковому віці найбільш поширені втечі з дому, бродяжництво, шкільні прогули або відмова від навчання, брехня, агресивна поведінка, проміскуїтет (безладні статеві зв'язки), графіті (настінні малюнки і написи непристойного характеру), субкультурні девіації (сленг, шрамування, татування).

Межі асоціальної поведінки особливо мінливі, оскільки вона більше за інших поведінкових девіацій знаходиться під впливом культури і часу.

Аутодеструктивна (саморуйнівна) поведінка – це поведінка, яка відхиляється від медичних і психологічних норм, що загрожує цілісності і розвитку самої особистості.

Саморуйнівна поведінка виступає в таких основних формах:

- суїцидальна поведінка;
- харчова залежність;
- хімічна залежність (зловживання психоактивними речовинами);
- фанатична поведінка (наприклад, залученість у деструктивно-релігійний культ);
- аутистична поведінка;
- віктимна поведінка (поведінка потенційної жертви);
- діяльність з вираженням ризиком для життя (екстремальні види спорту);
- істотне перевищення швидкості під час їзди на автомобілі та ін.).

Виділення окремих видів відхильної поведінки та їх систематизація за схожими ознаками є умовними, хоча і виправданими з метою наукового аналізу. У реальному житті окремі форми нерідко поєднуються або перетинаються, а кожен конкретний випадок відхилень у поведінці виявляється індивідуально забарвленим і неповторним

3. Форми відхильної (девіантної) поведінки.

а). Пияцтво й алкоголізм.

Проблема алкоголізму є однією з дуже гострих проблем сучасності. Вживання алкоголю військовослужбовцями може призвести до сумних наслідків, тому що в руках людей у погонах знаходиться зброя. Якщо ця зброя потрапить у руки до людини, яка після певної дози алкоголю перестає контролювати свої дії та вчинки, то можна припустити, до чого це призведе.

Організація роботи командирів із профілактики й боротьби з пияцтвом і алкоголізмом як формою *адиктивної поведінки* – явище не нове, але воно вимагає глибокого вивчення як із боку соціальнопсихологічних особливостей, так і в історичному, соціальному, військово-прикладному аспектах.

Як і інші види адикції, *залежність від алкоголю* – це захворювання, яке викликане потребою в постійному прийнятті алкоголю, незважаючи на наростання багатьох, пов'язаних із вживанням алкоголю, проблем.

Алкоголізм характеризується 4 симптомами:

- 1) компульсивною (нав'язливою) потребою у вживанні алкоголю;
- 2) нездатністю обмежувати його вживання;
- 3) фізичною залежністю, що супроводжується синдромом (нааявністю нудоти й блювоти, пітливості, судом, тривоги під час припинення доступу до алкоголю після запою) абстиненту (похмілля);

4) толерантністю – потребою в нарощуванні кількості алкоголю для досягнення розслаблювального ефекту.

Алкоголізм, як і інші види хімічної залежності, формується під впливом поєднання *зовнішніх чинників* (особливостей виховання, впливу друзів, схильності до стресу, доступності алкоголю) і *спадковості*. Роль зовнішніх чинників підтверджується тим, що саме соціальна підтримка дозволяє протистояти алкоголізму. Це важливо під час профілактики алкогольної, хімічної залежності.

Соціальні аспекти алкоголізації, безумовно, пов'язані з психотропною дією алкоголю і можуть виявлятися на ранніх її етапах (зниження працездатності й продуктивності праці, протиправні дії, нещасні випадки і т. п.). Медичні наслідки (тривалість життя, захворюваність, смертність, тимчасова непрацездатність, інвалідність та ін.) формуються, як правило, в результаті досить тривалого зловживання алкоголем і найчастіше супроводжують хворобу – алкоголізм.

Зловживання спиртними напоями згубно позначається на тривалості життя і здоров'я людини. Середня тривалість життя хворих на алкоголізм приблизно на 15–20 років менша, ніж людей, які не зловживають спиртними напоями. За соціологічними даними, 2/3 потерпілих від нещасних випадків знаходились у момент події в стані алкогольного сп'яніння, до того ж більш ніж у половини з них сп'яніння було важким.

Тяжким наслідком алкоголізму є *суїцидальні дії*. У загальній кількості суїцидальних спроб на долю алкоголіків припадає 17–22,4 % випадків, серед осіб, які страждають на алкоголізм, частота самогубств у 58 разів вища, ніж серед непитущих. Кожен четвертий хворий на алкоголізм (23,6 %) робив хоч би одну спробу самогубства. Хворі на алкоголізм роблять суїцидальні спроби не лише в психотичному стані, але й у стані алкогольної абстиненції або інтоксикації.

До негативних наслідків алкоголізації слід віднести і *зростання алкогольних психозів*, що закономірно розвиваються на певному етапі алкоголізму і є передумовою безповоротних змін психіки.

Алкоголіку не відомі почуття обов'язку, совісті, честі, відповідальності.

Під *профілактикою алкоголізму* слід розуміти комплекс заходів, що проводяться посадовцями з метою запобігання передумовам розвитку цієї негативної форми поведінки. Ця діяльність охоплює заходи організаційного, виховного, психологічного, правового та іншого характеру.

Найбільш доступним методом роботи з виявлення осіб, які мають досвід споживання алкоголю, є спостереження, яке доцільно використовувати на всіх етапах профілактики.

б). Наркоманія і токсикоманія.

За статистикою, значною частиною наркоманів є чоловіче населення молодого віку. І саме такі молоді люди згідно із законодавством України мають дуже важливий обов'язок – захищати Україну.

Наркоманія – це стан хронічного отруєння організму, за якого людина відчуває непереборний потяг до наркотику.

Токсикоманія – це різновид наркоманії, де як наркотик використовують отрути, що впливають на нервову систему, мозок. Зазвичай це органічні розчинники: клеї, лаки, бензин.

Із розвитком наркоманії людина проходить дві стадії:

1. *Звикання* (епізодичне вживання) до наркотику.

2. *Власне наркоманія*.

Звикання є стан, викликаний неодноразовим вживанням якого-небудь наркотику. Його характерними ознаками є:

- бажання (але не нагальна потреба) продовжувати приймання наркотику заради відчуття хорошого самопочуття, що досягається ним;

- прагнення збільшувати дозу потроху (або зовсім відсутнє);

- деякий ступінь психічної залежності від дії наркотику, але відсутність фізичної залежності;

- шкідлива дія (якщо вона є) поширюється, головним чином, на самого індивідуума.

Характерні ознаки наркоманії:

- непереборне бажання або нагальна потреба продовжувати приймання наркотику і діставати його будь-якими способами;

- прагнення до збільшення дози;

- психічна (психологічна) і, як правило, фізична залежність від дії наркотику;

- шкідлива дія такого стану як на здоров'я індивідуума, так і на суспільство в цілому, деградація особистості.

Формально людина, яка вживає наркотики, відрізняється від наркомана тим, що може відмовитися від їх прийому, а наркоман – ні.

Але насправді ця межа розмита, і, що найголовніше, наркотики притуплюють чутливість людини, тому вона не відчуває цієї межі. Будучи вже залежною від наркотичної речовини, їй здається, що вона в змозі її кинути. Усвідомлення того, що сталося, приходить тільки тоді, коли хворий не може зупинитись.

Слід пам'ятати, що *абсолютно всі наркотики за своєю природою є отрутою, що знищує всі системи органів і тканин, але особливо центральну нервову систему, мозок, статеву систему, печінку та нирки.*

Дуже поширені випадки, коли люди, які вживають наркотики, помирають протягом першого року з моменту початку вживання наркотичної речовини. Оскільки наркомани користуються нестерильними шприцами, серед них поширено багато хвороб, що передаються через кров, – СНІД, гепатит та інші. Від цих хвороб вони часто помирають раніше, ніж сталося отруєння організму наркотиком.

Крім того, наркоманія впливає на душевний стан людини. На початку відзначається лише все більше збайдужіння до дійсності, що здається нецікавою, сірою, заяложеною, абсолютно безрадісною та захопленою спогадами про наркотичне сп'яніння, бажання знову його випробувати. Поступово наростає емоційне спустошення, виникає дратівливість, апатія, розслаблення волі, а у випадку вживання окремих наркотиків (нюхання клею) наростає недоумство. Зовні усе це виражається млявістю, черствістю, грубістю, егоїзмом, брехливістю, некритичністю.

Поступово знижується інтелект, тобто розумові здібності. Особа стає некритичною до себе, не бачить своїх недоліків. Дуже скоро відбувається звуження кола спілкування та інтересів. Усі інтереси жертви наркоманії обертаються навколо наркотиків. Наркомани можуть годинами з цікавістю говорити про наркотики. Старі знайомства поступово втрачаються, а залишаються тільки ті, які так чи інакше пов'язані з наркотиками. Жертва деградує та повністю втрачає особисту свободу.

Людина, яка страждає наркоманією, дуже швидко втрачає здатність до відтворення потомства. У наркоманів діти зазвичай народжуються хворими, часто розумово відсталими.

Що треба знати психологу про наркотики?

Виділяють 5 основних груп наркотичних речовин:

1. *Опіати* – наркотики, одержувані з опійного маку або його синтетичних замінників. Викликають стан ейфорії та характеризуються дуже високим ступенем формування фізичної і психічної залежності. До них належать: опіум, морфін, героїн, кодеїн тощо.

2. *Депресанти* – речовини, що заспокоюють або пригнічують діяльність центральної нервової системи. Існують у вигляді заспокійливих засобів, снодійних засобів і транквілізаторів. Призначені для лікування безсоння, заспокоєння «розхитаних» нервів і зняття тривожного стану. Алкоголь належить до цієї групи наркотиків.

3. *Психостимулятори* – речовини, що вживаються для підвищення активності, зняття стану втоми й ослаблення апетиту (регуляції ваги). До них належать: кофеїн, нікотин, кокаїн і крек, амфетаміни та ін.

4. *Галюциногени* – натуральні або синтетичні речовини, які змінюють відчуття, мислення й емоції. До них належать: ЛСД, екстазі, мескалін, деякі види грибів та ін.

5. *Марихуана* – наркотик, який найбільш часто вживається, що отримується з індійських або диких конопель. Іншими формами є гашиш і гашишне масло. Варто додати, що раніше марихуана вважалася нешкідливою. Однак, як тепер відомо, вона дуже небезпечна. Часто, почавши з марихуани, пізніше переходять до більш сильних наркотиків.

За даними досліджень, найбільш відомими в середовищі силовиків є препарати, що виготовляються з маку і конопель. До них належать:

– героїн – порошок неоднорідного кольору, від світло-коричневого до кремового. Реалізується зазвичай у пакетиках по 0,3 гр. Це доза, безумовно, смертельна, тому її поділяють на 5–6 прийомів;

– ханка – це опій-сирець, засохлий сік головок снодійного маку. Зазвичай виробляється у формі паличок коричневого кольору.

Героїн і ханка вживаються різними шляхами: куріння в суміші з тютюном або в чистому вигляді за допомогою різних пристосувань (наприклад кальян), приймання всередину, внутрішньовенного введення після розчинення в кип'яченій воді за допомогою шприца або шприц-тюбика. Часто зустрічається вдихання парів героїну за допомогою трубочки з фольги.

Наркотичну залежність поділяють на три стадії:

1 стадія: нерегулярне вживання, експериментування.

Симптоми: Людина може спробувати наркотики (зокрема алкоголь) із цікавості або з бажання стати «своїм» (найбільш характерно для людей з низькою нервовопсихічною стійкістю, схильних до наслідування) у компанії, або щоб випробувати нові відчуття, знайти себе, відчути свою незалежність від обставин і оточуючих. Дослідження довели, що тиск із боку однолітків є найчастішою причиною, через яку індивід вирішує спробувати наркотик.

2 стадія: регулярне вживання.

Симптоми: Якщо вживання наркотику викликає приємні відчуття, то індивід може забажати випробувати їх знову. Коли вживання наркотику стає регулярним, індивід може втратити здатність справлятися зі щоденними проблемами. З цього моменту вживання наркотику стає засобом поліпшення настрою і позбавлення від депресії.

3 стадія: залежність від наркотику.

Симптоми: Незабаром, коли нормальним стає не тверезий стан, а стан наркотичного (алкогольного) сп'яніння, розвивається фізична і психологічна залежність від наркотику. Єдине, що хвилює людину при цьому, – це придбання наркотику і підтримання такого стану.

в). Суїцидальна поведінка.

Феномен суїциду, суїцидальної поведінки тісно пов'язаний із психологічною кризою особистості (гострим емоційним станом, викликаним особливими для людини психотравмувальними подіями).

Суїцид – акт самогубства, усвідомлене самоусунення з життя під впливом гострих психотравмувальних ситуацій, коли власне життя як найвища цінність втрачає для людини сенс.

Суїцидальна поведінка – усвідомлені дії, метою яких є позбавлення себе життя.

Як правило, змістом психологічної кризи є гострий емоційний стан, що виникає в складній ситуації зіткнення особистості військовослужбовця з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. Причому ця криза досягає такої інтенсивності, у рамках якої людина не може знайти правильного виходу із ситуації, що склалася, на основі власного життєвого досвіду.

Така психологічна криза може виникнути несподівано, під впливом сильного афекту, як, наприклад: глибока публічна образа; страх ганьби й приниження; зрада коханої або втрата дуже близької людини; жорстока несправедливість із боку посадовців або колективу тощо. Частіше внутрішня душевна напруженість накопичується поступово, формуючись у складний «букет» негативних емоцій. Вони накладаються одна на одну, сплітаючись у тугий вузол життєвих проблем. Постійна тривога переходить у гнітючу депресію, депресія – у безвихідність, а в підсумку – втрата сенсу «такого» життя. Людина втрачає віру в себе, у здатність оточення їй допомогти.

Суїцидальна поведінка має внутрішні й зовнішні форми свого прояву.

Внутрішні форми:

- антивітальне спрямування (тобто роздуми про відсутність цінності життя);
- пасивні суїцидальні думки (сприйняття на тему своєї смерті за відсутності чіткого задуму самовільно позбавити себе життя: «добре було б померти» і т. п.);
- суїцидальні задуми;
- суїцидальні наміри.

Зовнішні форми:

- суїцидальні висловлювання;
- суїцидальні спроби;
- завершений суїцид.

Суїцидальні задуми – це більш активна форма прояву суїцидальності. Тенденція до самогубства посилюється у формі розроблення плану: продумуються способи, час і місце самогубства.

Суїцидальні наміри з'являються тоді, коли до задуму приєднується вольовий компонент – рішення, готовність до безпосереднього переходу в зовнішню поведінку.

Суїцидальна спроба – цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не закінчилося смертю. Спроба може бути оборотною і незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя або на інші цілі.

Завершений суїцид – дії, завершені летальним результатом. Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається *пресуїцид*. Тривалість його може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид). У випадках тривалого пресуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить описані вище етапи. У разі гострих пресуїцидів послідовність не виявляється і можна спостерігати відразу ж появу суїцидальних задумів і намірів.

Виділяють таку типологію суїцидальної поведінки:

Демонстративно-шантажна поведінка є способом психологічного тиску на оточення з метою зміни соціальної ситуації в сприятливому для себе напрямі (вирішення соціальної проблеми, покарання винних, позбавлення від очікуваних прикросів, звернення на себе уваги з боку значних людей і т. ін.), що, як правило, не передбачає самогубства, а лише імітує його. Такі дії нагадують спектакль. Вони здійснюються у присутності великої кількості свідків та із вживанням заходів обережності. Якщо, наприклад, імітується травмування вен, то це робиться в тих місцях, де вони максимально захищені м'язами. Зате порізів, хоч і неглибоких, робиться декілька. Якщо імітується отруєння, то отруйна рідина рясно проливається на одяг, на підлогу. Проте навіть такі акти бувають трагічними.

Афектний суїцид є імпульсивною реакцією людини на несподівано виниклу гостру психотравмувальну подію. На фоні «звуженої» свідомості, наповненої гострим переживанням ображеної особистої гідності, образи, відбувається притуплювання страху смерті та больових відчуттів, здатності раціонально сприймати звернення й аргументи оточення. Від демонстративно-шантажної поведінки такі дії відрізняються відсутністю шантажу, а від істинного суїциду – відсутністю свідомого опрацювання причин і умов самогубства, потужною спонукальною силою поведінкових актів, готовністю покінчити з життям навіть у присутності сторонніх, долаючи їхні спроби перешкодити суїциду.

Істинний суїцид – усвідомлені дії, метою яких є самогубство. Для цього виду суїцидальної поведінки характерно: потайне здійснення усіх дій, за відсутності свідків; використання «надійних» способів – самоповішення, вогнепальної зброї, падіння з висоти, отруєння та ін. На відміну від інших видів

суїцидальної поведінки в цьому випадку за невдалого акту самогубства зберігається високий ризик повторення.

Ознаками високої вірогідності здійснення суїциду можуть бути:

- відкриті висловлювання про бажання покінчити життя самогубством;
- непрямі натяки на можливість суїцидальних дій (імітація зробити петлю, розкрити вени, гра в самогубство зі зброєю);
- активна попередня підготовка, цілеспрямований пошук засобів накласти на себе руки (збирання пігулок або їх придбання, пошук і зберігання яких-небудь отруйних речовин);
- фіксація уваги на прикладах самогубства (часті розмови про самогубства взагалі), символічне прощання з найближчим оточенням (роздавання особистих речей);
- стереотип поведінки (невластива замкнутість і зниження рухової активності в рухливих, товариських людей і, навпаки, збуджена поведінка й підвищена товариськість у малорухливих і мовчазних людей), що змінився;
- звуження кола контактів, прагнення до самоти.

Профілактика суїцидів і суїцидальних спроб починається з розвінчання міфів про суїцид, найбільш поширеним з яких є міф про те, що самогубства здійснюються, як правило, психічно ненормальними людьми. Це не правильно. За даними психіатрів, із 20 % суїцидентів, які знаходяться на обліку в психоневрологічних диспансерах, тільки 8 % потребували спеціалізованої медичної допомоги. Виходить, що у 80 % випадків суїциди здійснюють здорові люди.

Деякі фахівці висловлюють сумнів відносно самої можливості попередження самогубства. Отже, якщо людина вирішила накласти на себе руки, то ніхто і ніщо її не зупинить. У той же час багато вчених дослідили, що схильність до суїциду в більшості людей є лише тимчасовою.

Частина фахівців вважає, що якщо людина відкрито заявляє про бажання накласти на себе руки, то вона ніколи не зробить самогубства. Проте, за соціологічними даними, 3/4 людей, які вчинили самогубства або робили суїцидальні спроби, повідомляли про свої наміри найближче оточення.

Існує думка, що у принципі неможливо виявити зовнішні ознаки, які вказують на те, що людина вирішила накласти на себе руки. Зрозуміло, в подібних висловлюваннях є раціональне зерно. Заглянути в душу, пізнати внутрішній світ підлеглого дійсно дуже складно. У той же час, як довела практика, такі можливості у фахівця, як правило, є.

Проте в будь-якому випадку у процесі педагогічної профілактики суїциду неприпустимо застосовувати такі прийоми, як:

- прояв засудження у формі обурення;

- нетактовне виявлення провини;
- необдумана характеристика вчинку й докір;
- позбавлення підтримки з боку всього колективу;
- бойкот;
- ізоляція від частини (чи всього) колективу;
- попередження, збудження тривоги про покарання;
- скарги батькам і вищому керівництву;
- зловживання та необґрунтоване використання наказової форми під час оголошення розпоряджень і завдань;
- несправедливе покарання та ін.

Таким чином, робота із попередження самогубств характеризується особливою тонкістю і вимагає від усіх посадовців високого професіоналізму, щирості, співпереживання і в той же час наполегливості, твердості, невідступності й постійності. В основу успіху покладена продумана спадкоємність кваліфікованих і різнопланових форм і методів роботи з особистостями, які її потребують.

Тема 8. Вплив бойової діяльності на психіку військовослужбовців.

1. Психологічні основи ефективності бойової діяльності військовослужбовців.
2. Девіації як форма деструктивної поведінки воїнів у бойовій обстановці.
3. Особливості прояву групової психології в умовах бойової діяльності.
4. Психологічні аспекти управління військовим колективом у бою.

1. Психологічні основи ефективності бойової діяльності військовослужбовців.

Стрес-фактори сучасного бою істотно впливають на бойову діяльність воїнів. Після першого вдалого бою військовослужбовець набуває впевненості у своїх силах, бойових товаришах, командирах, зброї. Його бойові якості від бою до бою поліпшуються, набувається досвід бойової поведінки, формуються бойові звички.

Бойовий стрес у період очікування бою в основному виявляється у військовослужбовців **стадією тривоги**, яка виконує функцію попередження, підтримки пильності, забезпечення готовності до дії. Згодом вони навчаються автоматично і вибірково реагувати на стимули бойової обстановки, відокремлюючи небезпечні, ті, що допомагають, і нейтральні. З початком бойових дій воїни швидко досягають **стадії резистентності** і стають спокійними, зосередженими на бойовому завданні. Успішні бойові дії, невисокий рівень втрат сприяють підтримці у них бойової майстерності та високої стресостійкості протягом тривалого часу.

У разі *важких поразок*, що супроводжуються великими втратами, втратою віри в успішну перспективу, **боєздатність** досвідченого військовослужбовця починає знижуватися. За оцінками американських фахівців, це може статися після 30–40 днів безперервних боїв або після кількох днів боїв із дуже великими втратами.

Воїни, які володіють солідним бойовим досвідом, упадають в *стан сильного стресу*, стають більш обережними, втрачають ініціативу й рішучість, коли обстановка вимагає швидких дій. Швидкість *зниження боєздатності* зазвичай пов'язана з числом втрат і з тим, як близько перебував військовослужбовець до постраждалих або пов'язаний з цією подією емоційно.

У такій обстановці навіть досвідчений ветеран починає відчувати, що його майстерність вислизає і настає той самий час, коли він також буде убитий або покалічений. Якщо йому не надавати можливість прийти до себе, знизити рівень збудження, не дати надію, він скоро загине. Таким чином, **виникнення бойової втоми** не тільки знижує боєздатність окремих військовослужбовців та підрозділів, але й може спричинити отримання поранення і небойові травми, розвиток соматичної хвороби.

У результаті багато військовослужбовців починають брати участь у бойових діях **«ритуально»**. Практично у всіх військових подіях минулого століття відзначалися два цікавих явища в бою:

1) стрільці часто стріляють, зовсім не дивлячись на ціль, не цілячись.

2) стрілянина часто відбувається більше для самопідтримання бійців, ніж для ураження противника.

Командири повинні цілеспрямовано формувати *ефективну бойову діяльність* підлеглих, з огляду на виявлені фахівцями **закономірності**:

- з відстані, що не перевищує 25 м до цілі, ефективніше вести вогонь в автоматичному режимі;

- при стрільбі на відстані, що перевищує 50 м, найбільш ефективним вважається напівавтоматичний режим ведення вогню (2–3 постріли в серії), оскільки вже четверта куля гарантовано не влучає в ціль.

Під час бою в обмеженому просторі, за видимості до 50 м, стріляння з використанням прицільних пристосувань відходить на другий план. Солдат повинен уміти стріляти «від стегна» («від живота») на відстані до цілі до 25 м і «стоячи» на великій відстані. Лише на відстані більше 50 м до цілі прицільне пристосування знадобиться знову.

З огляду на те, що зброя під час автоматичної стрільби піднімається вгору вправо, стрілець повинен цілитися в нижній лівий (від стріляючого) кут корпусу противника, бо при цьому ймовірність попадання в ціль збільшується. Солдат повинен не просто стріляти в противника, а мати на меті деморалізувати противника, дезінтегрувати внутрішню структуру ворожого підрозділу. Це досягається виведенням з ладу ворожих командирів, уведенням противника в оману здійсненням хитромудрого маневру і т. ін.

Командирам необхідно вчити підлеглих **«психологічних хитрощів»** стрільби. Наприклад, стріляння нижче цілі («по підборах») є найбільш ефективним з «вогневого» і психологічного боку. Недоліт краще перельоту. У разі недольоту противник бачить фонтанчики куль і розуміє, що саме по ньому ведеться вогонь. Це психологічно тисне більше, ніж просте усвідомлення факту стрілянини в напрямку позицій. З огляду на те, що більшість людей падають з початком стрілянини на землю, рикошети, які виникають при недольотах, вбивають так само, як прямі влучення.

У небезпечних ситуаціях слід тримати приклад автомата впертим у плече, а дуло злегка опущеним. Це анатомічно найбільш зручна поза, вона дає можливість привести зброю до бою швидше, ніж з будь-якого іншого положення. З огляду на анатомічну незручність повертати зброю вправо, слід «закручувати» бій за годинниковою стрілкою (ліворуч від себе). При цьому «той, хто закручує», отримує перевагу в швидкості, зручності стрільби, а противник змушений буде постійно змінювати вогневу позицію, виявляти себе рухом.

У разі попадання підрозділу в засідку головним вважається не дати вбити себе в найближчі 30 сек., поки вогонь підрозділу не організований, а нападник використовує ефект раптовості. Будь-який противник розраховує на те, що в

середньому відповідна стрілянина починається через 7–8 сек., а організований опір настає через 20–25 сек., тому найчастіше він планує відхід через 30 сек. бою.

Кращий вид дій у такому випадку – ефективний вогонь по противнику або негайна його контратака. ***Якщо солдат не навчений таких методів стрільби і дій, він апріорі програє противнику в швидкості відкриття вогню, точності ураження бойових цілей, звичності і зручності дій.***

Вночі під час ведення вогню з будь-якої відстані найбільш ефективною є стрільба короткими чергами (по 3 патрони). Смушка білої плівки, наклеєна вздовж дула, покращує ефективність стрільби. Солдати, які звикли коригувати вогонь за слідом трасуючих куль, під час стрільби звичайними патронами показують гірші результати, ніж ті, хто ніколи їх не використовував.

Командирам слід також враховувати той факт, що більш сильна схильність до бойового стресу відзначається в тилкових частинах. Це обумовлено певними обставинами: менш якісним відбором військовослужбовців; доступністю алкоголю і наркотиків; відсутністю згуртованості військових колективів; недоліком бойової підготовки; монотонністю; страхом захворювання і раптового нападу; доступністю тилкових медичних установ; нестачею жорстких умов навчання і підтримання честі мундира, що запобігають багатьом випадкам бойової втоми.

2. Девіації як форма деструктивної поведінки воїнів у бойовій обстановці.

а). Сутність девіантної поведінки в бойовій обстановці.

Досвід воєн і військових конфліктів показує, що будь-який солдат – насамперед звичайна людина, з усіма людськими достоїнствами, почуттями і слабкостями, властивими кожному. Він може виявляти відвагу, мужність, героїзм, але у хвилини душевної знегоди – легкодухість і слабовілля. Багатьом вдається самим здолати цю слабкість, що напала на них, і взяти себе в руки, іншим допомагають товариші. Третіх підбадьорює командир. На жаль, є і четверті, які підкоряються своїм емоціям і «опускають руки». Їх відносять ***до категорії девіантів.***

Будь-які девіації, за винятком їх хворобливих проявів, на війні нібито компенсують боязкість і легкодухість учасників бойових дій шляхом залишення загрозливої ситуації або насильства над беззахисними людьми.

Девіантна поведінка (від лат. *deviatio* – відхилення) – система вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві (групі) правовим, моральним нормам або нормам психічного здоров'я.

Девіантна поведінка на війні пов'язана з порушенням міжнародного гуманітарного права, що визначає правила ведення війни.

Командири, їхні заступники з МПЗ, військові психологи в бойовій обстановці можуть зустрітися з такими видами поведінки військовослужбовців, як боязкість, симуляція, каліцтво, самогубство дезертирство, зрада, добровільна здача в полон, мародерство, жорстоке ставлення до місцевого населення і військовополонених, пияцтво і наркотизм. Тому вони повинні:

- відрізняти поранення від каліцтва і т. ін.;
- уявляти всю палітру психологічних явищ, з якими можна зустрітись в бойовій обстановці, розуміти їх природу і специфіку прояву;
- відрізняти девіації від звичайних проявів бойової поведінки (боязкість від страху, жорсткість від жорстокості, тимчасову слабкість від симуляції розгубленості, зіткнувшись із девіантними формами індивідуальної і групової поведінки, не піддаватися гіпнотичному впливу формул типу «Війна є війна», «Війна усе спише» та ін.;
- цілеспрямовано запобігати різним видам поведінки, консультувати молодших командирів підрозділів з організації профілактичної роботи.

б). Види девіантної поведінки в бойовій обстановці.

Загальна класифікація девіацій воєнного часу, що побудована на підставі їхньої спрямованості, може мати такий вигляд:



На рисунку видно, що мають місце своєрідні групи девіантних вчинків, різні за метою. Так, одні з них орієнтовані на *отримання девіантами особистої вигоди* у вигляді задоволення ідеологічних потреб, реалізації ідеологічних, етнічних і релігійних установок, одержання матеріальної винагороди від противника, змінення умов свого існування, збереження життя тощо. До цієї групи девіацій можна віднести **боягузтво, зраду, добровільну здачу в полон, мародерство**.

Іншу групу відхилень складають вчинки, спрямовані на *ухилення від участі в бойових діях* із метою збереження життя, здоров'я, за ідеологічними, релігійними та іншими міркуваннями. Це насамперед **дезертирство, симуляція нездарності участі в бою, навмисне травмування, пияцтво, наркотизм і самогубство**.

До третьої групи належать девіації, пов'язані з *агресивними проявами особистості* та спрямовані на вирішення тих або інших особистісних проблем, **насильством над місцевим населенням, убивством неугодних товаришів по службі та командирів** і т. ін.

1. Девіації, спрямовані на отримання власної вигоди.

Боягузтво – це поведінка, у процесі якої під впливом страху зневажаються моральні норми, створюється загроза життю, соціальному статусу суб'єкта активності або безпеці інших людей.

Боягузтво виявляється в самотійному припиненні бойової активності й занятті безпечного укриття або залишенні поля бою. Боягузтво може також бути причиною інших видів відхильної поведінки (дезертирства, самогубства, вбивства товаришів по службі та командирів, які вимагають продовження участі військовослужбовця в бойових діях тощо).

Боягузтво і страх – поняття не тотожні. Страх на війні відчують усі психічно здорові люди. Однак обставини бойової обстановки, бойове завдання, відповідальність за виконання бойових функцій, можливі трагічні наслідки та інше не дають учаснику бойових дій права підкорятися страху.

Боягуз ігнорує всі інші спонуки, своє минуле й майбутнє, долю товаришів, результат бою та віддається страху без залишку.

Зрада розглядається як зрада інтересів і цінностей групи, суспільства, держави та передбачає можливість заподіяння їм серйозного збитку на користь противнику.

Психологічними причинами зради найчастіше є ідеологічні, релігійні розбіжності, різного роду образи, почуття ненависті, презирства, помсти, а також прогнозування переходу до противника як більш вигідного в матеріальному, моральному та інших планах. Зрада може полягати в повідомленні противнику стратегічно й тактично важливої інформації, проведенні акцій саботажу, шкідництва тощо.

Добровільна здача в полон – це один із видів зради, що полягає у фізичному залишенні військовослужбовцем свого підрозділу (частини) та переході на бік противника з невизначеним соціальним статусом, з невизначеними перспективами особистої свободи та фізичного виживання.

Психологічними причинами здачі в полон противнику є, наприклад: особисті переконання, релігійна віра, впевненість у перемозі противника, ненависть, відчай, боягузтво, конфлікти з командирами й товаришами по службі, неприйняття норм і цінностей суспільства, незадоволеність соціальним статусом, психічне зараження тощо.

Мародерство являє собою девіацію, яка полягає в пограбуванні трупів. Однією з причин мародерства є прагнення заволодіти бажаною річчю. Іншою причиною є загальна тенденція особистості девіанта до наживи. Третя причина пов'язана з інтересом володіння «річчю з війни». Четверта причина криється у прагненні девіанта психологічно зафіксувати перемогу, перевагу над переможеним противником. П'ята причина обумовлена такими соціально-психологічними явищами, як традиція і мода накопичення особистих «трофеїв».

Загальною умовою, що сприяє розвитку цього відхилення, є відсутність дисципліни у військах, граничне падіння моралі, що перетворюють війну в грабіж.

2. Девіації, спрямовані на ухилення від бою.

Дезертирство (від фр. *deserter*) визначається як самовільне залишення військової служби або ухилення від призову до армії.

Причинами дезертирства можуть стати найрізноманітніші обставини боягузтва, психологічної та професійної невідповідності до бойових дій, гіпертрофованого бажання «відвідати родину». Своєрідною формою дезертирства є невмотивована відмова військовослужбовця брати участь в бойових діях, у виконанні конкретного бойового завдання.

У разі проявів у груповій поведінці військовослужбовців психологічних законів натовпу можливе *масове залишення ними поля бою*. Особливо гостро і масово дезертирство виявляється в періоди загального зниження морально-психологічного стану військ, різкого падіння військової дисципліни, зниження популярності війни і зростання антивоєнних настроїв у суспільстві, тривалого неуспіху (поразок, великих втрат) у збройному протистоянні з противником. Своєрідним психологічним каталізатором масового дезертирства найчастіше виступають негативні явища в національних і соціальних відносинах, у сфері матеріально-побутового і бойового забезпечення та управління військами.

Прихованою формою залишення поля бою є *«помилкова санітарія»*, суть якої полягає в тому, що боягузи використовують для залишення поля бою факт поранення товариша по службі. Як правило, знаходяться відразу декілька охочих евакуювати потерпілого товариша в тил. Іноді деякі з них вважають необхідним винести з поля бою і речі пораненого. Кількість таких «санітарів» може досягати десяти і більше чоловік.

Ураховуючи величезну шкоду, що завдана дезертирством навіть окремими військовослужбовцями морально-психологічному стану військ, у всіх арміях світу вживаються найжорстокіші заходи щодо його попередження та припинення (аж до розстрілу).

Широке коло способів ухилення об'єднано під назвою **«симуляція неможливості участі в бойових діях»**. Виділяють такі різновиди симуляції :

- 1) симуляція соматичних захворювань;
- 2) симуляція психічних захворювань;
- 3) симуляція виходу з ладу бойової техніки і зброї та ін.

Симуляція соматичних захворювань полягає в постійному відтворенні вивчених симптомів, що становлять цілісну картину захворювання. Це дає можливість симулянтові на якийсь час або назавжди припинити свою участь в бойових діях або у виконанні найбільш небезпечних бойових завдань. Такі військовослужбовці регулярно скаржаться на болі різної локалізації, на неймовірну слабкість, на запаморочення та інше. Вони практично «живуть» у медичних пунктах частин, вимагають глибокого обстеження, направлення до шпиталю тощо. У товаришів по службі створюється образ такого воїна як хронічно хворої людини. Йому поступово перестають довіряти відповідальну, складну роботу і поступово виключають з числа учасників активних бойових дій.

Факти *симуляції психічних захворювань* відзначалися ще в давні часи, а в роки Першої і Другої світових воєн набули масового характеру. Зокрема, багатьма дослідниками відзначався той факт, що симулянти швидко «обчислювали», які

симптоми вважалися лікарем конкретного полку показниками психічного розладу, і навчалися переконливо демонструвати їх.

Про масштаби симуляції психічних розладів на війні свідчить такий факт. Відразу після оголошення Версальського миру, що знаменував закінчення Першої світової війни, 200 000 військовослужбовців, які знаходилися на лікуванні в госпіталях воюючих сторін, миттєво «вилікувалися» від паралічу, втрати слуху, зору і т. ін.

Не менш давнім видом симуляції неможливості участі в бою є *імітація виходу з ладу бойової техніки і зброї*. Так, виводилися з ладу особиста зброя, гарматні системи і бойова техніка.

Навмисне травмування полягає в заподіянні військовослужбовцем собі травм, поранень і каліцтв, що дозволяють уникнути або припинити участь у бойових діях.

Найчастіше причиною навмисного травмування є боягузтво, хворобливе вболівання за власну долю. Основні різновиди навмисного травмування: *заподіяння собі каліцтв, самоотруєння, самозараження, самообмороження* тощо.

Заподіяння собі каліцтв військовослужбовцем здійснюється шляхом поранень себе самим або товаришем по службі в певні частини тіла, що призводить до інвалідності та обов'язкової демобілізації, але дозволяє більш-менш соціально та професійно функціонувати в мирній обстановці.

Не менш витонченим способом каліцтва є *самоотруєння*, сутність якого зводиться до свідомого нанесення на власне тіло або приймання всередину сублетальних доз (доза, яка викликає серйозне порушення життєдіяльності організму без смертельного результату) бойових хімічних рецептур, що дозволяють отримати травму, пов'язану з подальшою евакуацією з поля бою. Приклади таких девіацій відмічалися ще в роки Першої світової війни, коли солдати різних армій наносили на своє тіло за допомогою спеціальних паличок невеликі дози іприту, що викликали створення виразок і всю симптоматику бойового ураження отруйними речовинами. За деякими даними, таким чином бойові ряди покинули тисячі військовослужбовців.

Самозараження полягає в добровільному зараженні себе вірусами хвороб, що вимагають тимчасової евакуації з поля бою або повної демобілізації. Таке зараження здійснюється шляхом навмисного контакту з інфекційними хворими без дотримання заходів особистої гігієни. Існують і більш витончені способи самозараження.

Самообмороження полягає в тому, що солдат виставляє на лютій мороз, найчастіше вночі, одну зі своїх кінцівок і чекає до тих пір, поки процес обмороження матиме характер травми. При цьому доводиться долати жорстокі муки, однак мета, поставлена девіантом, виправдовує засоби.

Пияцтво – це надмірне вживання спиртних напоїв, що не досягло рівня фізичної залежності організму від алкоголю. Із психологічної точки зору, це явище своєрідної компенсації, спроби психологічно вилучитися із ситуації смертельної небезпеки, подолати страх, забути про втрати.

Розвитку пияцтва на війні певною мірою сприяє офіційна позиція військового керівництва з цього питання, наприклад, систематична видача особовому складу спиртного «для сміливості», «для зняття напруження» тощо.

Наркотизм (адиктивна поведінка) – це поведінка, що характеризується психічною залежністю від психоактивних речовин. Тобто це той рівень вживання наркомістких препаратів і речовин, за якого в людини ще не сформувалася фізична залежність від них.

Дослідження виявили основні причини поширеності цього виду девіацій:

- прагнення учасників бойових дій знизити рівень тривоги (51,9 % досліджених);

- бажання отримати задоволення (48,7 %);

- мотиви підпорядкування груповому тиску, нав'язування випивки (34,8 %);

- мотиви гіперактивації (стимуляційний та розгальмівний ефекти) (17,8 %).

Самогубство на війні – явище особливе й важко зрозуміле. За суттю воно є формою інфантильної втечі з психотравмувальної ситуації. Факт того, що в ситуації, коли за бажання можна практично в будь-який час загинути героїчно, залишивши по собі добру пам'ять, людина обирає інший варіант смерті, засуджуваний вірою і мораллю, – складний, суперечливий і важкий для осмислення. Адже нерідко людина зводить рахунки з життям саме через страх смерті. Тобто, боячись бути вбитою, людина закінчує життя самогубством. Безумовно, є безліч інших причин, за яких людина на війні здійснює самогубство, – від страху бути викритим у боязкості, зраді, некомпетентності, здійсненому злочині до страждань, викликаних подіями, що сталися із близькими людьми за тисячі кілометрів від лінії фронту.

Але практично завжди пусковим механізмом суїциду є наявність такої внутрішньоособистісної ціннісно-сміслової кризи, яку людина не може вирішити усіма наявними в її розпорядженні засобами і яка переживається як потужна, емоційно забарвлена драма. Конфліктна ситуація є суїцидонебезпечною, коли військовослужбовець усвідомлює її як гранично складну, а свої можливості для її вирішення – недостатніми.

Ученими встановлена схильність осіб із демонстративною акцентуацією зображати прагнення покінчити із собою з використанням показних погроз, неприхованих приготувань до самогубства, дрібного навмисного травмування. У сенситивних (чутливих) особистостей через побоювання перед виникненням життєво небезпечних ситуацій формується знижений фон настрою, що досягає під впливом додаткових психотравм афекту відчаю. Наявність зброї в подібних ситуаціях, як правило, завершує суїцид.

Слід мати на увазі, що однією з причин суїциду на війні є психічне захворювання військовослужбовця, що створює помилкову суб'єктивну картину кризової ситуації.

Виділяють такі різновиди суїциду:

- стинний (усвідомлений, «твердий», планований, цілеспрямований);

- афектний (що виник під впливом раптової гострої психотравмувальної події);

– демонстративний (помилковий, розрахований «на переляк» близьких осіб, який не передбачає зведення рахунків із життям).

Цей розподіл дуже умовний, адже на війні будь-яка суїцидальна поведінка має в собі деякий демонстративний аспект, розрахований на підкреслення причини, що викликали її. Не випадково тут особливо чітко виділяються фази, передуючі самому суїциду, – суїцидальні думки, суїцидальні настрої, суїцидальні наміри та ін., за якими суїцидальна поведінка може бути своєчасно виявлена командирами, військовими психологами і товаришами по службі.

Братання з противником є досить екзотичною формою відхилень бойової поведінки, яка полягає в одиночному або масовому входженні в мирний контакт із противником.

При цьому відбувається тимчасова трансформація образу бойової обстановки з військової на мирну та противника з «лютого ворога» у «брата», які знову набувають адекватного значення за виникнення стимулів або символів бойової обстановки (наказу командира, пострілу та ін.).

Як правило, братання здійснювалося так: солдати з білими прапорами йшли в окопи один до одного, зустрічалися біля дротяних загороджень, говорили про необхідність швидше завершити війну. Між окремими з них виникала дружня прихильність.

У явищі братання виявляються такі психологічні ознаки, як:

- непомірна втома від війни та прагнення, хоча б на короткий час, розслабитися;
- інтуїтивні дії протестного характеру, що спрямовані проти непопулярної в солдатських масах війни;
- соціально-психологічне розшарування між командним і рядовим складом;
- вирішення побутових проблем (обмін предметами побуту, речами, сувенірами та ін., що отримати іншим способом солдату вкрай важко);
- результати розтлінного інформаційно-психологічного впливу органів психологічної війни противника або внутрішніх політичних, релігійних та інших сил, що знаходяться в активній опозиції до війни.

3. Девіації, спрямовані на агресію.

Жорстоке поводження стосовно населення, особливо нелояльного у ставленні до діючих військ, є питанням украй складним для моральної оцінки. Якщо використовувати критерії мирного часу, то, безумовно, не викликану конкретними діями мирного населення жорстокість слід віднести до девіантної поведінки. Проте змінена система цінностей і моральних критеріїв, сформована в учасників війни, ніби виводить агресію до нелояльного населення з переліку девіацій. Особливо це характерно для випадків, коли населення веде активну партизанську, диверсійну боротьбу, здійснює терористичні акти проти військ. Як правило, вдень бойовики з числа некомбатантів є мирними жителями (робітниками, вчителями), а вночі – диверсантами, терористами, партизанами, підпільниками.

Але ж часто об'єктом такої агресії виступає той, хто найбільше асоціюється з образом невидимого противника. При цьому важливу роль відіграють

ситуативні чинники. Наприклад, якщо перед бойовим рейдом або «зачисткою» мав місце випадок затримання снайпера-жінки, від рук якої загинули декілька військовослужбовців, то агресія мимоволі орієнтується на жіноче населення. Якщо ж у замаху на наших воїнів брали участь підлітки, то агресія може адресуватися цій групі цивільного населення. І в цій «адресації» вирішальну роль мають чинники несвідомого характеру.

Безумовно, важливу роль у формуванні жорстокого ставлення до населення має і загальне озлоблення людей на війні.

У психологічній етіології агресивної поведінки стосовно місцевого населення може лежати деяка акцентуація характеру. Встановлено, що особи, які відзначаються епілептоїдною або гіпертимною акцентуацією, великою мірою схильні демонструвати в бойовій обстановці вибухи афектів злості, гніву, агресії. При цьому приводом для таких проявів можуть стати навіть малозначні події. Особливістю цього типу реакцій є те, що вони часто супроводжуються використанням зброї, що надає їм особливо брутального характеру і часто призводить до тяжких наслідків.

Убивство командирів і товаришів по службі – це крайній спосіб усунення перешкоди на шляху збереження або підвищення особистісного статусу девіанта.

Такі вбивства найчастіше відбуваються тоді, коли командир або товариш по службі є для девіанта своєрідною зовнішньою інстанцією совісті, провини, морального судді, що заважає реалізувати які-небудь аморальні або відхильні від соціальної норми цілі.

Сексуальне питання на війні здатне набувати особливо гострих рис і породжувати девіації у вигляді насильства (згвалтування) над жінками (особливо на території противника) і мужолозтва. Мужолозтво може застосовуватись у вигляді насильницького зниження статусу військовослужбовця (опускання) за реальну або уявну провину (наприклад, відмову від участі в бойових діях).

Під час війни в ряди армії РФ залучаються і люди з сексуальною патологією (садисти, педофіли, геронтофіли, некрофіли й інші), проте відсоток скоєних ними насильств виявляється нікчемним перед загальною масою сексуального насильства. Вони, як правило, не зраджують своїм патологічним потягам. Проте війна породжує масове насильство, роблячи з нормальних людей злочинців і насильників.

Таким чином, поведінка людини на війні характеризується не тільки героїчними вчинками і самопожертвою, що підвищують морально-психологічний стан, але і вкрай негативними проявами людської природи, проявами вад виховання, деструктивним впливом соціальних і бойових ситуацій. Знання видів і форм прояву девіацій дозволяє здійснювати їх цілеспрямовану профілактику та викоренення.

3. Особливості прояву групової психології в умовах бойової діяльності.

Фахівці зазначають, що у командира багато найрізноманітніших обов'язків, проте головний із них – виховання і встановлення дружби між бійцями, зміцнення

товариських уз, згуртування підрозділу. Сила військової частини – в бойовій дружбі, товариській спайці.

Коли в підрозділі зміцнюється почуття загального піднесення, воно впливає відцентрово, починає здійснювати свій вплив на кожного, може перетворити в хороших солдатів навіть найбільш ненадійних людей.

Одним із найбільш негативних переживань на війні є ***відчуття самотності і страх залишитися одному на полі бою пораненим***.

Ліками від цього страху є бойовий військовий колектив, організований на принципах психологічної сумісності, колективізму і бойового товариства. Згуртованість колективу виступає своєрідною підставою для підтримання високої психологічної стійкості, активності окремих військовослужбовців.

Аналіз бойових дій в Афганістані, воєн Ізраїлю на Близькому Сході, США в Іраку й Афганістані, а також наших військ під час ООС (АТО) на Сході України та у ході повномасштабної війни з РФ показав, що відділення, екіпажі, розрахунки, що складаються з військовослужбовців (родичів, земляків та ін.), які добре знають один одного, виявляли велику активність, ініціативу, стійкість.

Вивчаючи цю закономірність, німецький військовий психолог Е. Дінтер підкреслював, що страх втратити довіру групи, опинитися в моральній ізоляції через боягузтво діє сильніше за все, дозволяє здійснювати сміливі вчинки.

Спеціаліст у питаннях морального духу військ С. Маршалл, досліджуючи психологічні механізми бойової активності військовослужбовців у роки Другої світової війни, зазначав, що високі ідеї патріотизму, любові до ближніх, прагнення до справедливості в бою «згортаються» і маніфестуються у вигляді колективізму. Солдат йде у бій не стільки «за Батьківщину», скільки за те, щоб не зрадити бойових товаришів і не уславитися в очах товаришів по службі боягузом.

У процесі локальних військових конфліктів ХХ ст. було встановлено, що внаслідок персональної заміни учасників бойових дій має місце постійне порушення згуртованості військових колективів, руйнування відносин відповідальної залежності між військовослужбовцями, зниження ефективності управління підлеглими з боку командирів. Це призводить до істотного зниження бойових можливостей військових підрозділів. У зв'язку з цим було запропоновано здійснювати ротацію цілих підрозділів.

Метою запропонованої програми є забезпечення постійного знаходження військовослужбовців в одному і тому ж полку, розташованому в одному і тому ж місці до кінця служби в армії. Це, на думку фахівців, особливо важливо для локальних військових конфліктів. Військові психологи і командири підрозділів повинні приділяти належну увагу комплектуванню дрібних підрозділів (екіпажів, розрахунків) з урахуванням психологічної сумісності військовослужбовців.

Така сумісність виявляється *на трьох рівнях*:

- 1) психологічному (сумісність темпераментів);
- 2) професійному (сумісність уявлень про військову діяльність);
- 3) ціннісно-орієнтаційному (несуперечливість ціннісних орієнтацій військовослужбовців).

На психологічному рівні сумісність військовослужбовців визначається, в першу чергу, *сумісністю їхніх темпераментів*. Відомо, що темперамент відбиває тип пристосування людини до навколишнього світу, характер та інтенсивність її реакцій на події, що відбуваються, різну міру відкритості для спілкування з товаришами по службі та ін.

Отже, чим більше «підходящими» виявляться темпераменти воїнів, тим більше шансів у їхніх носіїв для кращого взаєморозуміння і взаємодії.

Вивчення показує, що можна виділити *три рівні сумісності темпераментів: високий, середній і низький*.

Високий рівень сумісності характерний для пар, які у психологічному відношенні взаємно доповнюють один одного: *холерик – флегматик і сангвінік – меланхолік*. Тут, наприклад, «вибуховість» холерика компенсується спокоєм, психологічною «товстошкірістю» флегматика, а знижений тон настрою меланхоліка нейтралізується життєрадісністю сангвініка.

Середнім рівнем сумісності відзначаються пари: *холерик – меланхолік, меланхолік – флегматик, флегматик – сангвінік, сангвінік – холерик*. Для пари сангвінік – холерик характерна постійна напруга через з'ясування питань про те, хто з них головний і хто повинен виконати брудну або важку роботу. Пару холерик – меланхолік визначають різкі перепади активності (від кипучої діяльності до повної пасивності) та емоційна нестабільність. У парі меланхолік – флегматик виявляються відчуженість один від одного і відсутність будьякої ініціативи. Для пари флегматик – сангвінік характерний дефіцит взаємного інтересу, розуміння один одного, співчуття і підтримки.

Низьким рівнем сумісності відзначаються військовослужбовці, які мають *однакові типи темпераменту*. У таких групах постійно відчувається в одному випадку дефіцит спокою (у парі холерик – холерик), в іншому – взаємної поваги, співчуття і послідовності (в групі сангвініків), у третьому – бадьорості до активності (у меланхоліків), у четвертому – ініціативи і творчості (у флегматиків).

Ідеалом професійної сумісності є військовий підрозділ, що складається з професіоналів високого класу, які однаково уявляють способи взаємодії, мають загальний алгоритм спільного вирішення бойових завдань і т. ін. Досягти такої сумісності одночасно в багатьох, а тим більше у всіх військових колективах неможливо. Тому необхідно домогтися хоча б того, щоби в екіпажах, розрахунках, відділеннях поєднувалися досвідчені, бувалі й недосвідчені військовослужбовці. Перші в цьому випадку будуть виступати своєрідними центрами згуртування, арбітрами у вирішенні конфліктів, еталонами міжособистісних відносин, джерелами досвіду діяльності та впевненості в успішному вирішенні майбутніх завдань.

Надалі професійна сумісність значною мірою визначатиметься тим, наскільки близькими будуть уявлення військовослужбовців про цілі, способи, послідовність спільних дій, про те, хто, що, з ким, де, коли і як повинен робити в тій чи іншій ситуації.

Сумісність ціннісних орієнтацій виявляє відсутність у військовослужбовців підрозділу непримиренних протиріч в оцінці соціальної значущості і характеру спільно здійснюваної діяльності (бойових дій). В один підрозділ недоцільно призначати воїнів – представників етнічних, конфесійних, неформальних, політичних та інших груп, які мають гострі суперечності і неприязнь. Підтримка згуртованості бойового колективу на оптимальному рівні в умовах бойової обстановки – завдання непросте.

Як показано в дослідженнях, стресова симптоматика, поширена на колективну психологію, може породжувати ряд серйозних соціально-психологічних проблем: втрату солдатами спроможності до взаємодії, ослаблення дисципліни; відмову виконувати команди офіцерів (висловлену непокору); безвідповідальне ставлення до поставленого завдання; недбале ставлення до власної зовнішності (розхлябаність); суперечки і конфлікти між солдатами; недбале ставлення до служби і неповагу традицій підрозділу; моральну деградацію.

Особливо небезпечною реакцією військовослужбовців на бойові стрес-фактори є *групова паніка*, що являє собою стан страху, який заволодів одночасно групою військовослужбовців, поширюється і наростає у процесі взаємного зараження та супроводжується втратою здатності до раціональної оцінки обстановки, мобілізації внутрішніх резервів, доцільної спільної діяльності.

Бойова обстановка створює благодатний ґрунт для розвитку панічних настроїв. Цьому сприяють раптові, несподівані дії противника, його потужні вогневі удари, психологічний, психотронний, психотропний вплив, надмірна втома, перенапруження військовослужбовців, поширення деморалізуючих чуток тощо за відсутності офіційної інформації та ін.

Каталізаторами паніки виступають ***панікери*** – військовослужбовці з істеричними рисами особистості, підвищеною зарозумілістю, помилковою упевненістю в доцільності своїх дій, які мають виразність рухів і гіпнотичну силу криків. Вони здатні за короткий час «інфікувати» панічними настроями великі маси людей і повністю дезорганізувати їх діяльність. Зокрема П. Краснов зазначав, що якою б не була в бою справжня небезпека, досвідчений солдат з нею впорається. Набагато страшніше, набагато більше впливає на нього небезпека уявна. Небезпека йому нав'язана. Коли частини перемішалися, коли вони звернулися в натовп, вони стають імпульсивні, податливі до навіювання, до нав'язливої ідеї, податливі до галюцинацій. Дурний крик «наших б'ють» або ще гірше – «обійшли» – і частини, які ще трималися, ще йшли вперед, повертають і біжать назад. Починається паніка.

У груповій паніці можна виділити:

- несподіване загальне сум'яття з миттєвою втратою боєздатності;
- втрату волі до боротьби і втечу від дійсної чи уявної небезпеки;
- припинення взаємодії, тимчасову кризу морально-психологічної стійкості підрозділу.

Не випадково останнім часом в арміях провідних держав світу велика увага приділяється створенню у військових підрозділах «системи товариської

підтримки», коли члени екіпажів (розрахунків, груп) спостерігають за появою у співслужбовців симптомів нервового напруження і надають один одному невідкладну психологічну допомогу.

Вважається, що впевненість у товаришах по службі, в тому, що вони прийдуть на допомогу в потрібний момент, є важливою умовою рішучих і самовідданих бойових дій кожного солдата. До речі, К. Макнаб із цього приводу зазначає: «Чи не найважливішим вважається надання потерпілому можливості висловити свою тривогу уважному і чуйному співрозмовнику. Американські військові психологи називають цей прийом *«провітрюванням» («промиванням мізків»)*. Однією з умов такої психологічної підтримки є вміння слухати. Слухач повинен переконати оповідача в необхідності позбутися від усіх турбот і не висловлювати свою байдужість. Полегшивши душу довірчою бесідою, травмований солдат зможе поділитися бідами з іншою людиною і перестане відчувати себе самотнім мучеником».

Велика роль командира в *формуванні бойового активу* – ядра військового колективу. Досвід учасників бойових дій переконливо показує, що для командира найважче – підняти людей в атаку. Однак варто піднятися тільки одному сміливцю – і підніметься вся рота. Отже, ініціатива – ватажок хоробрості. Тому, хто першим піднявся в атаку, незважаючи на смертельну небезпеку, зобов'язані успіхом, якого домоглася рота. Може, він у цій атаці нікого і не вб'є, але він піднявся першим і його треба за це нагородити, тому що справа не в тому, скільки ворогів він порізав у цій атаці, а в тому, що він показав приклад, тим самим захоплюючи за собою інших. Звичайно, соромно відставати від нього, інші теж піднімуться і підуть в атаку. І навіть той, хто здійснив подвиг в атаці, також зобов'язаний тому, хто першим піднявся.

Під час Другої світової війни було встановлено, що близько 39 % учасників бойових дій переживають пік страху переважно перед боєм, близько 35 % – у бою і 16 % – після бою, інші відчують страх або завжди, або всякий раз у різні періоди бою.

Знання цієї закономірності для військового психолога і командира означає, що останні дві типологічні групи можна використовувати перед боєм як бойовий актив, який здійснює психологічну підтримку, позитивне емоційне зараження товаришів по службі, виконання найскладніших завдань.

Першу і третю групи можна активно задіяти як «стрижень» психологічної стійкості військового підрозділу в бою.

Першу і другу групи слід використовувати для ліквідації негативних наслідків бою і здійснення психологічної підтримки воїнів із третьої групи. Згуртованість і злагодженість військового підрозділу сприяє розвитку взаємодії в бою.

Сьогодні найбільш популярними способами комунікації воїнів у бою є:

- 1) метод годин;*
- 2) метод пальців;*
- 3) метод відстаней від орієнтира;*
- 4) метод використання трасуючих куль і ракетниць;*

5) *метод жестів;*

6) *метод придорожньої графіки.*

У німецькій армії традиційно використовуються свистки. Звук свистка настільки відрізняється від інших звуків бою, що його чути кожному солдату. У нічний час для забезпечення ефективної взаємодії застосовуються ліхтарі зі світлофільтрами, мотузка, «природні» звуки та ін. Перераховані засоби дозволяють зняти одну з найважливіших психологічних проблем бою – зниження ефективності засобів взаємодії, зміцнюють впевненість воїнів у тому, що вони весь час знаходяться під контролем і не будуть залишені на полі бою в разі поранення.

4. Психологічні аспекти управління військовим колективом у бою.

Військові психологи встановили, що довіра до командирів є найважливішим фактором згуртування військового підрозділу, його бойової активності і попередження психотравматизації військовослужбовців. Навіть коли падає віра у справедливість війни, рівень морально-психологічного стану воїнів може залишатися досить високим, якщо солдати зберігають віру в свого командира.

Від стилю управління командира військовим підрозділом залежить ефективність бойових дій, морально-бойовий дух підлеглих, психологічний клімат у військовому колективі.

***Управління** – такий вплив на психіку і ставлення військовослужбовців між собою, що дозволяє робити їхню поведінку адекватною завданням (найближчим і наступним), що стоять перед ними.*

Управління підлеглими у бою – справа вкрай складна. Свого часу К. Клаузевіц писав, що ніяка інша людська діяльність не стикається з випадком так всебічно і так часто, як війна. Поряд із випадком у війні велику роль відіграє невідоме, ризик, разом з ним і щастя.

Крім цього, К. Клаузевіц підкреслював особливий характер впливу небезпеки на командира. Він пише, що небезпека впливає на начальника не тільки тим, що безпосередньо загрожує особисто йому, а й усім довіреном йому людям. Вплив небезпеки має місце не тільки в момент дійсного її прояву, а й протягом усього проміжку часу, який в його уявленні пов'язаний з цим моментом. Нарешті, небезпека має не тільки безпосередній вплив, але також і непрямий – за допомогою відповідальності, тягар якої тяжіє над свідомістю начальника, вона подесятерє.

До управлінської діяльності командира ставлять високі вимоги. Він повинен вміло поєднувати два основні стилі управління з числа допустимих на війні: **авторитарний і демократичний**. При цьому найефективнішим стилем є **універсальний**, який поєднує обидві управлінські орієнтації. Процес вироблення бойового рішення доцільно здійснювати демократично, порадившись із заступниками, спеціалістами і бойовим активом, а процес його реалізації – авторитарно.

У своїй роботі «Керівництво в бою» С. Маршалл на основі результатів масштабних досліджень сформулював умови, за яких управління бойовими підрозділами є ефективним. Найважливішими з цих умов є:

- демонстрація особистого прикладу в хвилину небезпеки; підбадьорювання своїх підлеглих у найкритичніші хвилини бою жартом;
- максимальна вимогливість до підлеглих у бою і турбота про підлеглих після бою (сон, відпочинок);
- постійне нагадування про важливість успіху саме всього підрозділу, від якого залежить успіх і життя кожного;
- виховання почуття гордості за свій підрозділ;
- особиста сміливість (підлеглі можуть вибачити майже будь-яку дурість, але явне боягузтво – ніколи!).

Авторитет командира повинен ґрунтуватися на таких особистих якостях, як компетентність, працьовитість, поведінка, що навіює повагу, здатність взяти на себе відповідальність і прийняти рішення, володіння собою, справедливість, педагогічні здібності.

Воїни шанобливо ставляться до тих командирів, які: шанобливо ставляться до солдатів, знають їхні імена і прізвища; вважають за краще похвалу, ніж покарання; критикують підпорядкованих без приниження їхньої людської гідності; мають чітку і зрозумілу мову; роз'яснюють солдатам сенс того, що вони роблять; готують своїх підлеглих до різних несподіванок і непередбачуваних поворотів у розвитку ситуації; підтримують у солдатів релігійну віру і віру в талісмани і навіть забобонні упередження, якщо вони допомагають підвищити психічну стійкість; вчать підлеглих правильного ставлення до смерті («Якщо ти повинен померти, то нехай твоя смерть принесе хоч якусь користь»); шанують загиблих бойових товаришів; уміють встановлювати контакти з підлеглими і відкриті до їхніх прохань.

Командир покликаний бути зразком для підлеглих, символом влади, якій вони охоче підкоряються. Командир повинен гідно нести тягар своєї влади і виправдовувати довір'я підлеглих.

Перераховані умови підтверджуються висновками багатьох досліджень. Зокрема зазначається, що на командира в бою лягає величезне число обов'язків, пов'язаних з виконанням як запропонованих йому функцій, так і моральних вимог його соціального статусу. Однак найголовніше із завдань – вести підлеглих у бій. Бойовий офіцер і вчений Л.Л. Байков, ілюструючи складність цього завдання, пише про те, що в «серці людини відбувається довга, важка боротьба двох протилежних прагнень: позитивного – «перемогти» і негативного – «відмовитися від бою». Наскільки ця боротьба болісна, видно з того, що в бою трапляються навіть випадки самогубства. Ухилення ж від бою – явище звичайне, причому деякі, щоб піти на «законних підставах», самі себе пораняють.

У військовій психології склалося переконання, що управління сучасним боєм – це не тільки виявлення задумів противника, оцінка його бойових можливостей, прогнозування способів його тактичних дій, створення ефективного угруповання своїх військ, підготовка бойової техніки і зброї, віддання чітких

наказів і контроль за їх виконанням. **Управляти боєм** – це в значній мірі правильно сприймати й осмислювати бойову ситуацію, зберігати високе самовладання, приймати обґрунтовані бойові рішення, нав'язувати свою волю, управляти думками, емоціями, почуттями, мотивами, волею своїх підлеглих.

При напроцюванні бойового рішення, визначенні часу і напрямку головного удару, побудові бойового порядку, організації бойової взаємодії командир повинен враховувати психологічні можливості своїх військ і противника, міру впливу на них засобів бойового й інформаційно-психологічного протиборства. Командир покликаний вникати в душу солдата, вміти впливати на його почуття, психіку, управляти ними, зачіпати за живе в інтересах служби, мобілізувати всю його сутність для осмисленої дії, для виконання завдання, знати всі якості солдата – моральні та фізичні, допомагати рости, вдосконалюватися, прищеплювати позитивні риси, бойову дружбу, любов до своєї частини, як до рідної бойової сім'ї.

Військовий керівник повинен бути психологом, який знає, за якими законами функціонує психіка солдат в обстановці дії потужних стрес-факторів бою, як змінюється їхня активність і поведінка в різних видах бою, при застосуванні противником різних видів зброї, засобів інформаційно-психологічного впливу, якими є наслідки бойового стресу і бойової психічної травми, як впливають на взаємовідносини воїнів забобони і чутки, на які девіантні вчинки здатні його підлеглі, за допомогою яких методів можна зробити їх психологічно сильнішими, впевненішими, активними, ефективними в бойовому відношенні.

У складних ситуаціях бою всі підрозділи шукають підтримки в офіцера, а йому ні в кого її шукати. Офіцер може сподіватися тільки на себе. Перед лицем небезпеки солдати інстинктивно звертаються до нього, і якщо він виявить хоч найменшу розгубленість, то їх бойовий дух ослабне. Але якщо він буде тримати себе спокійно і зібрано, вони продовжать бій, повіривши, що їх командир впевнено орієнтується в обстановці. **На полі бою ватажок – людина дії, а не міркування.** Загальна тверда воля, виразником якої є командир, дає всім можливість рівномірної, впевненої дії, підвищення твердості, стійкості й енергії відповідно до обстановки. Слабка воля командира позбавляє підлеглих стійкості, руйнує планомірну рівномірність дії, розбиває духовні сили і матеріальне середовище боротьби, створює безлад.

Офіцер, який будучи старшим лейтенантом командував кількома полками, брав участь в найбільш драматичних боях восени 1941 р., Б. Момишули сформулював **вимоги до командира**, які можна вважати своєрідним катехізисом військового керівника:

- **Міцне управління**, що особливо необхідне в момент найвищого стану внутрішньої боротьби в душі солдата, коли чаша терезів коливається то в один, то в інший бік, коли солдат знаходиться під подвійним гіпнозом. Вимога командира, його владний тон, впевнена, спокійна інтонація – є наказ Батьківщини синові, який вселяє в душу впевненість, що підтримує силу волі, психіку, дає поштовх

для виконання обов'язку, який стверджує бойовий дух, рятуючи від почуття страху.

- **Керувати боєм, управляти психікою** – ось чому вкрай велике значення команди командира в бою. Вона є не тільки засобом управління, а й засобом, який завершує переможну боротьбу почуття обов'язку над почуттям страху. Подолавши почуття страху, воїн серед безлічі небезпек відчуває себе спокійним (зрозуміло, відносно), вірить в силу своєї зброї і розумно, холоднокривно, обачливо діє на полі бою.

- **У бою немає випадковостей, є несподіванки для противників.** Перемога чи поразка цілком причинні і закономірні. Випадковістю прикривається всяка розхлябаність офіцера і солдата; командир повинен володіти ключем від серця солдата.

- **Солдатський сейф – три ключі: розум, воля, почуття.** Навчай розумом, а не гнівом, навчай ласкою, але не хвали без міри, не гризи без провини.

- **Не крик, не істерика, а осмислена суворість.** Вона повинна бути справедлива і ні в якому разі не принижувати гідності солдата.

- **Офіцер повинен знати потреби, душу солдата.** Трагічні моменти війни вимагають від командира суворості й нещадності до всякої непокори і безладдя. Війна не терпить безладу і непокори. Командир повинен вміло застосовувати всі заходи впливу на бійця, не принижуючи його людської гідності, діючи на його почуття, совість, психіку.

Для командира досвід сьогоднішньої невдачі повинен стати передвісником завтрашніх успіхів, тобто, якщо ви зазнали невдачі, знайдіть причини цього, щоб наступного разу помилок не повторити. Те ж саме після вдалого бою. Командир повинен виховувати своїх підлеглих, дотримуючись правил *«Не поспішай вмирати, а вчись воювати»*, *«Воюючи вчися, загартовуйся і стверджуйся»*.

- **Вся увага підлеглих у критичний момент зосереджена на командирі**, на його обличчі не повинні відображатися ні сумніви, ні жах. Коливання командира – коливання підлеглих, страх командира – втрата батальйону. Командир, не вигравши битву в собі, не має права вступати у бій взагалі.

- **Командир не повинен бути ні нерозважливо рішучим, ні розважливим без рішучості.** Командир повинен поєднувати ці якості.

- **Обов'язок командира – не вмирати, а виконувати поставлене перед ним бойове завдання.** Особистий приклад – це засіб управління і впливу на бійця і на підрозділ і виправдовується він лише в тому випадку, коли дійсно необхідний. Він повинен бути заразливий своєю кричущою демонстративністю і діяти напевно, захоплюючи за собою інших.

- **Показувати приклад активних бойових дій необхідно лише тоді, коли від цього залежить результат бойових дій.** У протилежному разі армія буде постійно мати недосвідчених, необстріляних командирів унаслідок їх безперервної втрати. Ще під час Першої світової війни було відмічено, що контузії в офіцерів траплялися у три-чотири рази частіше, ніж у солдатів.

Психологи пояснюють це тим, що офіцери були не просто хоробрими, але й показували приклад своїм солдатам.

- Найважливішим обов'язком командира в бойовій обстановці є **зміцнення дисципліни** для об'єднання підлеглих навколо військового обов'язку і бойового завдання.

Як висновок можна навести слова Н. Коупленда про те, що **тільки єдність вмілого управління підлеглими і зрілість бойового колективу забезпечують перемогу в сучасному бою і війні.**

Формулу перемоги складають такі чинники:

- керівник знає кожного свого підлеглого;
- кожен підлеглий знає свого керівника;
- керівник незмінно солідаризується з колективом;
- вся група згуртована в колектив, натхненний ентузіазмом командира;
- група характеризується високим почуттям товариства;

- колектив добре навчений, енергійний та ініціативний. Цілеспрямований розвиток зазначених чинників має стати програмою роботи кожного командира військової частини, підрозділу.

Тема 9. Морально-психологічне забезпечення та вплив на особовий склад ЗСУ.

1. Основи морально-психологічного забезпечення.
2. Планування та здійснення морально-психологічного забезпечення військ (сил) в об'єднаних операціях.
3. Особливості морально-психологічного забезпечення у різних формах операцій (бойових, спеціальних дій).
4. Система морально-психологічного впливу на особовий склад ЗСУ.
5. Інформаційно-пропагандистське забезпечення.
6. Психологічне забезпечення.

Вступ.

Тимчасова окупація РФ (московією) Автономної Республіки Крим, частин Донецької, Луганської, Запорізької, Херсонської та Харківської областей України зумовлюють перегляд та уточнення доктринальних документів у сферах національної безпеки і оборони України, що в подальшому дасть змогу відновити її територіальну цілісність у межах міжнародно визнаного державного кордону України.

Разом з тим, з початком проведення антитерористичної операції у 2014 році ми зіткнулися з протиріччям між потребою у забезпеченні психологічної готовності особового складу, стійкості до негативного ІПВ впливу противника, підтримання належного рівня морально-психологічного стану військ (сил) та інших нормативно-правовою базою мирного часу з питань МПЗ, яка не враховувала умови ведення «гібридної війни».

Нагадую, що «*Гібридну війну*» у загальному вигляді розуміють як воєнні дії, що здійснюються шляхом поєднання мілітарних, квазімілітарних, дипломатичних, інформаційних, економічних та інших засобів з метою досягнення стратегічних політичних цілей.

Крім того, у цих документах було закладено «пострадянський» підхід і здійснено штучний поділ на функціонування системи МПЗ у мирний і воєнний час, що не допускається вже десятки років у сучасному військовому мистецтві армій провідних країн світу.

У цей період, коли особовий склад військових частин та підрозділів Збройних Сил України опинився в непростих умовах, які вимагали оперативно перебудовувати свідомість з мирного ладу на воєнний, практично застосовувати зброю та вести бойові дії, організація морально-психологічного забезпечення військ (сил) здійснювалася «в ручному режимі». Заходи МПЗ здійснювалися на початковому етапі АТО хаотично, не системно, не комплексно і були нерідко від реалій бойової обстановки.

Саме тому, на сучасному етапі розвитку Збройних Сил України виникла необхідність здійснення цілеспрямованого морально-психологічного впливу на особовий склад для забезпечення моральної налаштованості та психологічної

готовності військовослужбовців до виконання завдань за призначенням, підтримання належного рівня морально-психологічного стану військ (сил).

Формування та підтримання таких морально-психологічних якостей особового складу військ (сил) зумовлює кардинальне оновлення існуючої системи морально-психологічного забезпечення, розробку, апробацію та запровадження сучасних технологій та методик.

Вибудовуючи загальну систему морально-психологічного забезпечення необхідно врахувати бойовий досвід АТО та ООС, обсяг, характер та особливостей покладених на війська (сили) завдань, форми і методи роботи з особовим складом збройних сил держав-членів НАТО, побудовані на базових принципах, визначених Північноатлантичним договором від 04.04.1949, а саме: демократія, свобода особистості, верховенство права.

Система морально-психологічного забезпечення це сукупність функціонально взаємопов'язаних суб'єктів, сил, засобів, технологій і методик впливу на свідомість і психіку, морально-психологічний стан особового складу військ (сил) з метою успішного виконання поставлених завдань.

27.10.2020 року начальником Генерального штабу Збройних Сил України була затверджена «Доктрина «Морально-психологічне забезпечення військ (сил) в об'єднаних операціях».

Ця Доктрина визначає систему керівних поглядів на сутність і зміст морально-психологічного забезпечення військ (сил), основні завдання, а також порядок його здійснення в об'єднаних операціях.

1. Основи морально-психологічного забезпечення.

Роль і місце МПЗ, його основні завдання визначено законодавчими актами та іншими нормативно-правовими актами з питань застосування сил оборони, психологічної реабілітації військовослужбовців, соціального і правового захисту військовослужбовців та членів їх сімей, актами (наказами) міністерства оборони України, Головнокомандувача Збройних Сил України та Генерального штабу Збройних Сил України.

МПЗ є одним з видів всебічного забезпечення застосування військ (сил) та призначене забезпечити формування, підтримання, відновлення необхідного рівня сформованості морально-психологічного стану особового складу ЗС України, інших складових сил оборони як під час їх підготовки, так і в ході застосування в об'єднаних операціях, участі в ліквідації наслідків стихійних лих та катастроф природного та техногенного характеру, участі в багатонаціональних операціях.

МПЗ підготовки і застосування військ (сил) в об'єднаних операціях включає дві взаємопов'язані складові:

- МПЗ підготовки військ (сил) до проведення об'єднаних операцій;
- МПЗ застосування військ (сил) в об'єднаних операціях.

Закономірності побудови та функції системи МПЗ військ (сил) визначаються воєнною політикою держави, станом ЗС України, принципами їх будівництва та застосування, стратегією та тактикою дій військ (сил), мають

забезпечувати постійну готовність сил і засобів МПЗ до виконання завдань за призначенням.

МПЗ підготовки військ (сил) – це система заходів, спрямованих на формування та розвиток у особового складу військ (сил) морально-психологічних якостей, навичок і здібностей, які забезпечать необхідний рівень сформованості МПС для виконання завдань за призначенням.

МПЗ застосування військ (сил) в об'єднаних операціях – це сукупність узгоджених і взаємопов'язаних за метою, завданнями, місцем і часом заходів впливу на свідомість і психіку, МПС особового складу військ (сил), які проводяться за єдиним замислом і планом, для забезпечення успішного виконання особовим складом військ (сил) завдань за призначенням.

МПЗ в об'єднаних операціях базується на таких принципах:

системності – залучення до виконання заходів морально-психологічного забезпечення всіх посадових осіб в межах своїх повноважень;

інтеграції – безвідривного поєднання виконання заходів роботи з особовим складом зі всіма видами бойової (службової) діяльності;

комплексності – повноти та завершення всіх елементів роботи з персоналом на всіх етапах перебування в районі проведення операції (бою);

своєчасності та повноти психологічного забезпечення персоналу з питань оперативного надання кваліфікованої психологічної допомоги військовослужбовцям для якнайшвидшого їх повернення до строю.

єдності у підходах організації заходів морально-психологічного забезпечення в Збройних Силах України та інших складових сил оборони в об'єднаних операціях.

Заходи МПЗ проводяться активно, безперервно та цілеспрямовано.

На МПЗ покладаються загальні та спеціальні функції, які характеризуються певним змістом і визначають його роль та завдання в загальній системі застосування військ (сил) в об'єднаних операціях.

До загальних функцій МПЗ належать:

➤ морально-психологічний вплив – це цілеспрямований та організований вплив командувачів, командирів (начальників), штабів, структур МПЗ на свідомість і поведінку особового складу військ (сил) з метою формування патріотизму, вірності українському народові, військової честі, військового товариства, бойового братерства, взаємодопомоги тощо;

➤ формування необхідного рівня сформованості МПС полягає у набутті військовослужбовцями необхідних морально-психологічних якостей і здатностей, які визначають рівень сформованості МПС особового складу військ (сил);

➤ навчання прийомам та методам МПЗ полягає у засвоєнні військовослужбовцями знань, умінь, навичок, здібностей, необхідних для виконання завдань, підготовці командирів (начальників), офіцерів структур МПЗ прийомам, методам і технологіям ефективного морально-психологічного впливу на особовий склад військ (сил), наданні психологічної само- та взаємодопомоги;

➤ мобілізація внутрішніх духовних сил, спрямована на мотивацію особового складу ЗС України до виконання конкретних завдань (навчальних,

бойових, спеціальних, службових тощо), формування особистої відповідальності за якість їх виконання, збереження стійкості і керованості МПС особового складу, досягнення високого рівня організованості та бойової активності, спроможності витримувати психологічні навантаження, зберігати боєздатність під час виконання завдань;

➤ інформування передбачає доведення чинників суспільно-політичної обстановки, покладених на війська (сили) завдань та умов їх виконання; наказів командирів (начальників); роз'яснення військовослужбовцям правових актів і норм, форм і методів інформаційно-психологічного впливу противника, основних каналів поширення інформації; розповсюдження бойового досвіду, поширення інформації про подвиги та героїчні вчинки тощо;

➤ захист від негативних психологічних чинників полягає у забезпеченні духовної та психологічної безпеки, соціально-правових гарантій військовослужбовців, нейтралізації інформаційно-психологічного впливу противника на особовий склад військ (сил);

➤ відновлення необхідного рівня сформованості МПС спрямоване на приведення наявними силами і засобами МПЗ МПС особового складу військ (сил) до рівня, необхідного для успішного виконання завдань.

До спеціальних функцій МПЗ належать:

➤ аналіз та прогнозування умов і чинників, які впливають на якість МПЗ, що передбачає виявлення усієї сукупності умов і чинників, які визначають поінформованість, психологічні установки, мотиви, психічні стани, активність особового складу під час виконання завдань, що сприятиме якісному плануванню і виконанню заходів МПЗ;

➤ планування, яке передбачає визначення мети, основних завдань, послідовність організації МПЗ, терміни та заходи, сили і засоби, а також порядок планування, управління та розроблення бойових документів;

➤ здійснення заходів МПЗ, яке передбачає практичну реалізацію (виконання) запланованих заходів МПЗ військ (сил) в операції силами та засобами МПЗ підпорядкованих органів військового управління та військових частин щодо досягнення поставленої мети МПЗ;

➤ управління силами та засобами МПЗ, що забезпечує процес цілеспрямованого впливу структур МПЗ органів військового управління на підпорядковані структурні підрозділи МПЗ військ (сил), що здійснюється для підтримання необхідного рівня сформованості МПС особового складу військ (сил) для їх якісної підготовки та успішного виконання завдань у ході ведення операцій (бойових дій);

➤ узагальнення досвіду організації МПЗ в об'єднаних операціях, що передбачає збір, узагальнення, аналіз, розповсюдження даних про найбільш вдалі приклади організації заходів МПЗ в операціях (бойових, спеціальних діях).

Основними завданнями МПЗ підготовки військ (сил) до проведення об'єднаних операцій є:

аналіз та оцінювання МПС особового складу військ (сил), прогнозування динаміки його можливих змін;

формування та підтримання в особового складу військ (сил) необхідного рівня МПС, злагожденості та згуртованості військовослужбовців на основі бойового братерства;

координації діяльності та організація роботи щодо підтримання належного стану військової дисципліни, правопорядку та профілактики скоєння правопорушень;

психологічна підготовка військовослужбовців до дій в умовах впливу психотравмуючих факторів майбутніх бойових дій (операцій), оцінка їх психологічної готовності до виконання завдань за призначенням;

формування малих підрозділів (груп, екіпажів, розрахунків) з урахуванням психологічної та фізичної сумісності особового складу;

психологічна едукація (просвіта) військовослужбовців;

забезпечення єдиного розуміння особовим складом військ (сил) державної політики України у сфері оборони та безпеки, формування свідомого ставлення до виконання свого конституційного обов'язку щодо захисту України, високої громадянської значущості військової служби як вирішального чинника забезпечення територіальної цілісності і недоторканності кордонів держави;

сприяння формуванню позитивного іміджу ЗС України у суспільстві та посилення їх авторитету в операційних зонах (районах) спільно зі структурними підрозділами цивільно-військового співробітництва;

організація комплексних заходів щодо прогнозування, запобігання та нейтралізації наслідків негативного інформаційно-психологічного впливу на особовий склад ЗС України;

організація заходів військово-патріотичної роботи, національно-патріотичної підготовки, командирського (цільового) та бойового інформування з особовим складом;

вивчення культурних потреб, фізичного і духовного самопочуття особового складу, забезпечення умов для організації його дозвілля і повноцінного відпочинку з урахуванням завдань, що стоять перед військами (силами) та умов їх виконання;

удосконалення законодавства України з питань соціального і правового захисту військовослужбовців та членів їх сімей;

моніторинг соціальних процесів у військах (силах), запобігання виникненню та нейтралізація випадків соціальної напруги у військових колективах;

реалізація заходів правового і соціального захисту особового складу;

інформаційно-роз'яснювальна робота з питань пільг, прав і соціальних гарантій, механізмів та шляхів їх набуття й отримання;

адресна робота з військовослужбовцями та членами їх сімей, працівниками, які потребують посиленої допомоги та підтримки, у першу чергу з військовослужбовцями, які отримали тяжкі поранення, контузії, каліцтва, особами, що мають особливі потреби, та тяжкохворими;

організація роботи «контактних центрів», своєчасний розгляд пропозицій, скарг і заяв громадян з питань соціального і правового захисту, їх оперативне вирішення.

Основними завданнями МПЗ застосування військ (сил) в об'єднаних операціях є:

оцінювання, підтримання та відновлення необхідного рівня МПС особового складу, прогнозування динаміки його можливих змін;

безперервний збір, аналіз та оцінювання СПО в операційних зонах (районах), місцях розташування військ (сил), прогнозування можливих варіантів розвитку та впливу її чинників на дії військ (сил);

прогнозування, запобігання та нейтралізація наслідків негативного інформаційно-психологічного впливу противника на особовий склад;

організація внутрішньо-комунікаційної роботи командувачів, командирів (начальників) з особовим складом військ (сил), шляхом проведення командирського (бойового) інформування, аналізу проведених дій та інших заходів;

оперативне роз'яснення особовому складу причин, характеру і мети операцій (збройного конфлікту, бойових дій), стану світового політичного процесу навколо держави та внутрішньо-політичної обстановки всередині країни, завдань щодо її захисту;

цільове доведення наказів командувачів, командирів (начальників), організація бойового інформування особового складу про хід підготовки і ведення операцій (бойових дій);

мобілізація (мотивація) військовослужбовців на безумовне виконання поставлених завдань;

організація інформаційно-роз'яснювальної роботи в районах дій військ (сил) з питань практичної реалізації соціальних гарантій військовослужбовців та членів їх сімей, зокрема через ЗМІ, соціальні мережі тощо;

поширення бойового досвіду, прикладів мужності, прикладів героїзму, взаємодопомоги, товариських взаємовідносин, традицій бойового братерства;

моральне виховання особового складу військ (сил) на національно-історичних та військово-патріотичних цінностях і традиціях українського народу і його збройних сил;

забезпечення культурологічних потреб військовослужбовців, організація відпочинку, дозвілля і відновлення особового складу військ (сил);

організація заходів задоволення духовно-релігійних потреб військовослужбовців (душпастирська опіка) з урахуванням положень доктрини «Задоволення духовно-релігійних потреб в об'єднаних операціях», затвердженої начальником Генерального штабу Збройних Сил України від 30.09.2020;

прогнозування та оцінювання рівня психогенних втрат серед особового складу;

надання первинної психологічної допомоги військовослужбовцям безпосередньо в районах (місцях) виконання завдань за призначенням;

надання психологічної допомоги особовому складу на пунктах психологічної допомоги, а також евакуація осіб, які потребують спеціалізованої психологічної допомоги до лікувальних закладів (установ);

психологічне супроводження та психологічне відновлення військовослужбовців, корегування їх МПС та підвищення рівня психологічної готовності до виконання завдань за призначенням;

проведення цільової психологічної підготовки особового складу екіпажів армійської авіації, розрахунків РСЗВ та артилерії, механіків-водіїв танків та бойових машин до дій в умовах обстрілів, авіаційних та ракетних ударів, засідок та ведення вогню противником з протитанкової зброї;

організація заходів декомпресії (психологічного відновлення) особового складу військових частин (підрозділів) що підлягають виведенню з району проведення об'єднаної операції;

організація взаємодії зі структурними підрозділами Міністерства оборони України, Апарату Головнокомандувача Збройних Сил України, Генерального штабу Збройних сил України, інших складових сил оборони в інтересах МПЗ.

МПЗ підготовки і застосування військ (сил) в об'єднаних операціях організовується за трьома напрямками:

- моральна підтримка;
- психологічне забезпечення;
- соціальна робота.

Моральна підтримка – це цілеспрямована діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), посадових осіб структурних підрозділів МПЗ щодо впливу на свідомість особового складу, налагодження внутрішньо-комунікаційного процесу, системного та цільового проведення інформаційно-роз'яснювальної, національно-історичної, соціальної роботи з особовим складом військ (сил), організації і проведення комплексу заходів із захисту від негативного інформаційно-психологічного впливу противника, систематичного аналізу проведених дій, координації задоволення духовно-релігійних потреб військовослужбовців, забезпечення культурологічних потреб військовослужбовців, організації відпочинку, дозвілля і відновлення особового складу військ (сил), поширення здорового способу життя.

Складовими моральної підтримки є:

- внутрішньо-комунікаційна робота;
- інформаційний супровід;
- національно-патріотична робота;
- культурологічна робота, організація дозвілля та відпочинку.

Психологічне забезпечення – цілеспрямована діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), службових осіб структур МПЗ з метою психологічного відбору, формування, підтримання і відновлення в особового складу військ (сил) психологічної готовності до виконання завдань, емоційно-вольової стійкості до негативних психологічних чинників у будь-яких умовах обстановки, зниження психогенних втрат та збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

Складовими психологічного забезпечення є:

- психологічне діагностування;
- психологічна підготовка;
- психологічний супровід.

Соціальна робота це цілеспрямована професійна діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), посадових осіб структурних підрозділів МПЗ, яка сприяє соціальним змінам та розвитку, соціальній єдності, а також наснаженню та незалежності військовослужбовців, залучає урядові і неурядові організації, суспільні структури до вирішення їх проблем та членів їх сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, покращення якості їх життя та добробуту на засадах принципів соціальної справедливості, дотримання прав людини, колективної відповідальності та поваги, протидії факторам соціального виключення та сприяє дотриманню прав людини.

2. Планування та здійснення морально-психологічного забезпечення військ (сил) в об'єднаних операціях.

Планування МПЗ – це процес визначення послідовності організації, термінів та заходів МПЗ під час виконання військами (силами) оперативних (бойових) завдань, розподілу сил і засобів МПЗ для їх здійснення, порядку організації управління та взаємодії в інтересах МПЗ, а також розроблення відповідних оперативних (бойових) документів з МПЗ.

Порядок організації планування МПЗ здійснюється відповідно до вимог Тимчасової доктрини «Об'єднане планування».

Порядок роботи структурного підрозділу МПЗ пункту управління органу військового управління, зразки документів МПЗ, які відпрацьовуються в ході планування, викладено в «Настанові з морально-психологічного забезпечення», затвердженій наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 30.04.2018.

Здійснення МПЗ є етапом виконання визначених завдань шляхом практичної реалізації запланованих заходів із зазначеного виду забезпечення і полягає у спрямуванні, координації, контролі, коригуванні діяльності службових осіб та підпорядкованих структурних підрозділів МПЗ органів військового управління та військових частин щодо досягнення поставленої мети МПЗ.

Мета МПЗ досягається цілеспрямованою та організованою діяльністю командувачів (командирів усіх рівнів), начальників, штабів, структур МПЗ органів військового управління щодо формування, підтримання та відновлення МПС (морально-бойових якостей) особового складу військ (сил), необхідних для успішного виконання завдань за призначенням.

Завдання МПЗ виконуються штатними (наявними) силами і засобами, а також засобами, які використовуються в інтересах МПЗ.

До сил МПЗ належать: командувачі, командири (начальники), заступники командувачів, командирів (начальників), офіцерів штабів, начальники родів військ та служб, службові особи структур МПЗ усіх рівнів, військові капелани, громадські (волонтерські) організації (за згодою).

Загальне керівництво МПЗ покладається на командувачів, командирів (начальників), які відповідають за формування та підтримання на належному рівні МПС особового складу військ (сил).

За планування та організацію заходів МПЗ операцій відповідає структурний підрозділ МПЗ штабу об'єднаного командування.

Штаби усіх рівнів організовують залучення сил та засобів інших видів забезпечення для виконання завдань МПЗ. У ході оцінювання обстановки, підготовки оперативних розрахунків штаби враховують: висновки з оцінки СПО в зоні (районі) дій військ (сил); МПС особового складу військ, мету та спрямованість ІПВ противника; пропозиції щодо МПЗ.

Безпосередніми організаторами МПЗ у військах (силах) є заступники командувачів, командирів (начальників) з МПЗ, які відповідають за планування, організацію та виконання заходів МПЗ.

До засобів МПЗ належать: психолого-діагностичні комплекси та їх програмне забезпечення, спеціальне обладнання пунктів психологічної допомоги, штатні, штатно-табельні та нетабельні придатні до використання ТЗП, а також засоби військових та цивільних ЗМІ (телерадіокомпанії, теле-радіостудії, редакції та видавництва тощо), типографії, військово-музичні установи та підрозділи, заклади культури, музеї та інші заклади місцевої інфраструктури, які можуть використовуватись в інтересах МПЗ.

Організація управління МПЗ полягає у: створенні і розгортанні системи управління; визначення завдань та порядку роботи структурних підрозділів МПЗ; забезпеченні стійкої і безперервної їх роботи на пунктах управління; забезпеченні засобами зв'язку тощо для оперативного та ясного виконання завдань за призначенням. Питання організації управління відображаються у Плані МПЗ.

Управління МПЗ здійснюється у загальній системі управління військами з об'єднаного та основних командних пунктів оперативно-стратегічного, оперативного та тактичного рівнів. У разі виходу їх з ладу управління МПЗ передається на інші пункти управління військами (силами).

Функціонування зазначених пунктів здійснюється за рахунок організованої діяльності оперативного складу, який призначений для виконання функціональних обов'язків у складі структурних підрозділів визначеного пункту управління.

Для забезпечення стійкості і безперервності управління МПЗ до складу пунктів управління усіх рівнів входять відповідні структурні підрозділи МПЗ (центр, відділ, група). Підрозділи МПЗ пунктів управління комплектуються із числа службових осіб відповідних управлінь (відділів, відділень, груп) МПЗ.

Підрозділ МПЗ здійснює планування, управління, організацію і контроль за проведенням заходів МПЗ.

Для обміну інформацією підрозділи МПЗ пункту управління повинні забезпечуватися засобами зв'язку та інформаційних систем.

Взаємодія в інтересах МПЗ це сукупність узгоджених та взаємопов'язаних за метою, завданнями, місцем та часом (заходів), які проводяться командувачами, командирами (начальниками), штабами, структурами МПЗ.

Взаємодія досягається шляхом вироблення єдиного розуміння обстановки, що склалася; визначення напрямків і питань організації взаємодії, узгодження порядку її проведення; визначення пріоритетності та черговості проведення заходів взаємодії; планування заходів взаємодії та узгодження їх за місцем і часом проведення.

Порядок організації взаємодії викладено в «Настанові з морально-психологічного забезпечення», затвердженій наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 30.04.2018.

3. Особливості морально-психологічного забезпечення у різних формах операцій (бойових, спеціальних дій).

В доктрині розглядаються особливості морально-психологічного забезпечення у наступних формах операцій (бойових, спеціальних дій):

- підготовка і та ведення оборонної операції;
- підготовка і та ведення наступальної операції;
- підготовка і та ведення стабілізаційної операції;
- перегрупування військ (сил).

Кожен вид операцій застосування збройних сил складається із сукупності бойових дій.

Нагадую сутність основних видів бою:

Оборонний бій – вид загальновійськового бою, метою якого є відбиття наступу противника, нанесення йому максимальних втрат, утримання важливих районів (рубежів, об'єктів) місцевості і створення сприятливих умов для переходу в наступ або інших дій.

Наступальний бій – вид загальновійськового бою, який проводиться з метою розгрому (знищення) противника та оволодіння важливими районами (рубежами, об'єктами) місцевості.

Стабілізаційні дії військ – форма воєнних дій, яка уявляє собою сукупність узгоджених та взаємозв'язаних за метою, завданнями, місцем і часом одночасних або послідовних заходів, акцій і дій, які проводяться визначеним складом військ у взаємодії з органами та підрозділами ІВФ та ПрО у межах стабілізаційної операції або самостійно для стабілізації обстановки у кризовому районі.

Марш (перегрупування) – організоване пересування військ у колонах дорогами і колонними шляхами з метою виходу у призначений район або на визначений рубіж у встановлений час у повному складі в готовності до виконання бойового завдання.

Особливості МПЗ підготовки та ведення оборонної операції.

Особливості МПЗ підготовки військ до оборонної операції	Особливості МПЗ військ в ході оборонної операції
Моніторинг та аналіз оцінки СПО, бойове інформування.	Бойове інформування.
Оцінка МПС о/с, визначення рівня МПГ.	Щоденний моніторинг та аналіз МПС о/с.

Підтримання в о/с психологічної готовності.	Підтримання в о/с психологічної стійкості.
Проведення внутрішньо-комунікаційної роботи, проведення цільової психологічної підготовки о/с.	Підтримання (відновлення) в о/с необхідного рівня психологічної готовності.
Навчання о/с методам подолання психічної напруги та надання первинної психологічної допомоги.	Щоденний прогноз можливих психогенних втрат, надання первинної психологічної допомоги, організація психологічної реабілітації.
Оцінка та прогнозування рівня психогенних втрат о/с.	Організація психологічної роботи з легкопораненими та психотравмованими.

Особливості МПЗ підготовки та ведення наступальної операції.

Особливості МПЗ підготовки військ до наступальної операції	Особливості МПЗ військ у ході наступальної операції
Бойове інформування.	Бойове інформування.
Формування та підтримання МПГ о/с.	Підтримання МПС о/с, психологічний відбір о/с резерву.
Організація спеціальної і цільової психологічної підготовки о/с.	Моніторинг та аналіз МПС о/с.
Формування в о/с мотивації до переможних дій, впевненості у правоті, АПД, узагальнення і поширення передового досвіду.	Заходи щодо досягнення морально-психологічної переваги над противником.

Особливості МПЗ підготовки та ведення стабілізаційної операції.

Особливості МПЗ підготовки військ до стабілізаційної операції	Особливості МПЗ військ під час ведення стабілізаційної операції
Оцінка МПС о/с з урахуванням СПО.	Оцінка МПС о/с з урахуванням СПО.
Організація спеціальної та цільової психологічної підготовки о/с.	Організація цільової психологічної підготовки о/с.
Спільні заходи зі ЗМІ щодо формування позитивного іміджу військ. Ведення інформаційно-психологічної протидії.	Командирське інформування о/с. Психологічна допомога та фізичне відновлення о/с.

Особливості МПЗ перегрупування військ (сил).

Особливості МПЗ підготовки до перегрупування військ	Особливості МПЗ перегрупування військ
Командирське (бойове)	Організація культурологічних і

інформування о/с.	інформаційно-пропагандистських заходів.
Організація цільової психологічної підготовки о/с.	Підготовка о/с до можливих дій в умовах перешкоджання переміщення.
АПД, інструктажі о/с.	Заходи щодо дотримання дисципліни маршу, маскуванню. Експрес-оцінка МПС о/с.
Захист від негативного ППВ противника.	Вивчення, оцінка СПО й прогнозування її впливу на МПС о/с.

4. Система морально-психологічного впливу на особовий склад ЗСУ.

На сучасному етапі розвитку Збройних Сил України зміст та форми морально-психологічного забезпечення потребують системного оновлення та запровадження нових форм та методів морально-психологічного впливу на особовий склад. Зокрема перед нами стали **наступні завдання**:

По-перше, формування психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань за призначенням, підтримання належного рівня його морально-психологічного стану зумовлюють необхідність якісно нових підходів до психологічного забезпечення підготовки та застосування військ (сил).

По-друге, ефективність реалізації командирських рішень потребує проведення цілеспрямованих заходів по формуванню у посадових осіб якостей лідерства, рішучості та ініціативи за єдиним задумом, змістом та завданнями.

По-третє, підготовка, навчання та особового складу мають бути максимально наповненні національно-ідеологічним, патріотичним та героїчним змістом.

Разом з тим, в умовах переходу на стандарти і процедури країн-партнерів, потребує комплексного підходу безпосередня робота з особовим складом, залучення до неї посадових осіб на всіх рівнях військового управління, підвищення дієвості організованих заходів, унормування періодичності їх проведення.

При цьому, **формування системи комплексного морально-психологічного впливу на особовий склад повинна здійснюватися шляхом**:

побудови цілісної системи роботи командирів всіх рівнів, структур морально-психологічного забезпечення, вертикалі управління сержантського складу, військових капеланів, додаткових сил і засобів старшого начальника з визначеними конкретними заходами, відповідальними виконавцями, термінами проведення заходів, досягнутими результатами;

розроблення та організації структурами морально-психологічного забезпечення методичного забезпечення та практичної допомоги командирам підрозділів, головним старшинам, сержантському складу у проведенні заходів внутрішньо-комунікаційної роботи;

організації психологічного супроводу діяльності військової частини, підрозділів, проведення заходів підготовки, виконання завдань за призначенням,

відновлення боєздатності;

моніторингу, аналізу, визначення результативності роботи з корегуванням тих чи інших заходів для досягнення визначених цілей.

За результатами вивчення та аналізу досвіду організації заходів морально-психологічного забезпечення розроблено Систему морально-психологічного впливу на особовий склад Збройних Сил України (далі – Система МПВ), яка 25.06.2019 року затверджена начальником Генерального штабу – Головнокомандувачем Збройних Сил України.

Морально-психологічний вплив – це цілеспрямований та організований вплив командувачів, командирів (начальників), штабів, структур МПЗ на свідомість і поведінку особового складу військ (сил) з метою формування патріотизму, вірності українському народові, військової честі, військового товариства, бойового братерства, взаємодопомоги тощо.

Система МПВ структурно складається з двох частин та враховує організацію заходів морально-психологічного впливу, як під час повсякденної діяльності, так і в річній циклічній системі виконання завдань в складі Об'єднаних сил та відновлення боєздатності військових частин.

Вона узагальнює вимоги керівних документів з організації морально-психологічного забезпечення щодо діяльності посадових осіб командного (начальницького) складу Збройних Сил України.

Заходи Системи МПВ здійснюються за двома взаємопов'язаними складовими МПЗ (інформаційно-пропагандистським та психологічним забезпеченням), що дозволить через комплекс внутрішньо-комунікаційної роботи, інші заходи інформаційно-пропагандистського забезпечення постійно впливати на формування ідеологічних переконань військовослужбовців, тобто забезпечувати їх моральну стійкість до негативного інформаційно-психологічного впливу, а також, одночасно, через заходи психологічного забезпечення формувати та підтримувати психологічну готовність військовослужбовців до виконання визначених завдань.

Головне завдання діяльності посадових осіб структур морально-психологічного забезпечення, це створити таку систему заходів впливу, яка надає можливість командирам (начальникам) максимально використовувати методи та форми морально-психологічного впливу на особовий склад задля підвищення його готовності до виконання завдань за призначенням.

Командир має бути не над процесом, а в процесі організації МПВ. Адже сили, засоби і інструментарій (командирське (бойове) інформування, АПД тощо), у тому числі і старшого начальника (груп внутрішніх комунікацій і психологічного супроводу), які працюють в інтересах МПВ мають працювати на результат, який визначає і очікує саме командир (начальник).

Ця робота покладається на відповідних посадових осіб різних категорій (командира відділення, взводу, головного сержанта, командира роти, батальйону, бригади та їх заступниками та інших) і проводиться постійно, цілеспрямовано та у визначені терміни.

5. Інформаційно-пропагандистське забезпечення.

Інформаційно-пропагандистське забезпечення – це цілеспрямована діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), посадових осіб структурних підрозділів морально-психологічного забезпечення щодо інформаційного впливу на свідомість особового складу з метою зміцнення його морально-психологічного стану, формування і поширення ідейних переконань, національних цінностей, стійкої мотивації та готовності до збройного захисту державного суверенітету, територіальної цілісності України, адекватного розуміння військовослужбовцями воєнно-політичної та суспільно-політичної обстановки, завдань, покладених на війська (сили), умов та особливостей їх виконання.

Інформаційно-пропагандистське забезпечення є складовою морально-психологічного забезпечення та організовується в загальній системі підготовки та застосування Збройних Сил України з урахуванням специфіки завдань, що виконуються військовими частинами (підрозділами).

Інформаційно-пропагандистське забезпечення здійснюється за такими напрямками:

- внутрішньо-комунікаційна робота;
- військово-патріотична робота;
- культурологічна робота;
- забезпечення технічними засобами пропаганди.

Внутрішньо-комунікаційна робота – це напрямок інформаційно-пропагандистського забезпечення військових частин (підрозділів), військових навчальних закладів, установ та організацій Збройних Сил України, що здійснюється в системі інформаційної роботи посадових осіб органів військового управління, командирів (начальників) через сукупність дій, пов'язаних з обробкою і передачею інформації до особового складу шляхом спілкування.

Головна мета внутрішньо-комунікаційної роботи – формування довіри до військово-політичного керівництва держави та військового командування, встановлення зворотного зв'язку з підпорядкованим особовим складом, його готовності до виконання завдань, підтримання і відновлення морально-психологічного стану.

Видами внутрішньо-комунікаційної роботи є:

- командирське інформування;
- бойове інформування;
- національно-патріотична підготовка;
- аналіз проведених дій.

Інструкцією з організації ІПЗ у ЗС України передбачається застосування таких форм інформування особового складу: *бойове інформування, командирське інформування, цільове інформування.*

Командирське інформування – це вид внутрішньо-комунікаційної роботи посадових осіб органів військового управління, командирів (начальників) який реалізується під час підготовки і виконання завдань за призначенням через спілкування (групове, індивідуальне) з особовим складом з метою формування

необхідних національно-ідейних переконань, підтримання і відновлення його морально-психологічного стану.

Командирське інформування проводиться щодня особисто командиром підрозділу (військової частини, з'єднання) або за його вказівкою відповідним командиром (начальником).

Місце, час, тема і тривалість командирського інформування визначається командувачем, командиром (начальником) самостійно (особисто), або органом військового управління за окремим розпорядженням.

Бойове інформування – це вид внутрішньо-комунікаційної роботи командира (начальника) для оперативного доведення інформації особовому складу про бойову обстановку, що склалася, порядок і умови виконання бойових завдань.

Бойове інформування проводять особисто командири (начальники) тактичного рівня управління (від відділення (розрахунку) до батальйону (дивізіону) включно. Відповідно до змін бойової обстановки вони можуть уточнювати зміст бойового інформування.

Основним методом бойового інформування є пояснення.

Бойове інформування особового складу в бойовій обстановці проводиться щодня командиром підрозділу (начальником), або визначеною ним посадовою особою. У разі неможливості проводити бойове інформування командир має право доручити його проведення одному з заступників (головному сержанту), який володіє інформацією, методикою бойового інформування і знає обстановку, що склалася. Місце проведення визначає командир підрозділу. Бойове інформування проводиться з особовим складом солдатської і сержантської категорії перед виконанням бойового завдання. Час проведення може бути обумовлений обстановкою, змістом розпорядчих документів, однак не повинен перевищувати 10-15 хвилин (з урахуванням обов'язкового виділення часу на уточнюючі запитання підлеглих).

Порядок організації та особливості проведення занять з національно-патріотичної підготовки визначаються «Інструкцією з організації національно-патріотичної підготовки у Збройних Силах України» (наказ ГШ ЗСУ від 28.03.2017р.) з урахуванням специфіки та умов виконання завдань, що покладені на військові частини.

Національно-патріотична підготовка – це предмет навчання (вид внутрішньо-комунікаційної роботи посадових осіб органів військового управління, командирів (начальників)), який проводиться з метою формування і розвитку у військовослужбовців відповідних світоглядних установок, ідейних переконань та морально-бойових якостей, необхідних для ефективного виконання поставлених завдань у будь-яких умовах обстановки.

Кожного року до військових частин Збройних Сил України доводяться вказівки щодо організації національно-патріотичної підготовки на навчальний рік, тематичні плани та рекомендована тематика, що розробляється Головним управлінням морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України та

затверджується першим заступником начальника Генерального штабу Збройних Сил України.

Тематику рекомендовано доповнити додатковими темами (дозволяється змінювати до 30% тематики занять з національно-патріотичної підготовки), з урахуванням особливостей та специфіки виконання завдань, які покладені на повітряні командування та військові частини.

Аналіз проведених дій – це вид внутрішньо-комунікаційної роботи посадових осіб органів військового управління, командирів (начальників), призначений для організації професійного спілкування і обговорення події (завдання, ситуації), що впливає на досягнення результатів і дотримання вимог та дозволяє особовому складу самостійно визначити особистий рівень підготовки та шляхи її удосконалення.

Аналіз проведених дій – це вид внутрішньо-комунікаційної роботи введений на основі аналізу досвіду організації роботи в збройних силах провідних країн світу.

Основними видами АПД є: формальний і неформальний.

Командири (начальники) здійснюють АПД особисто одразу ж після закінчення виконання завдань (вправ, нормативів, фаз або етапів підготовки тощо) чи під час логічних перерв. Важлива відмінність між двома видами АПД полягає в тому, що для формального командирам (начальникам) необхідне більш ретельне планування, координація та підготовка, ніж для неформального.

Особливості проведення формального АПД:

присутні старші командири (начальники), військовослужбовці інших підрозділів;

необхідно більше часу для підготовки і проведення;

використовуються комплексні (складні) інформаційно-довідкові аналітичні матеріали;

запланований заздалегідь;

проводиться у відповідно оснащеному місці.

Неформальний АПД проводиться під час підготовки, виконання бойових (навчально-бойових) завдань або в кінці навчального заняття, виконання вправ (нормативів) з бойової підготовки, після подій, ситуацій тощо.

Неформальний АПД командири (начальники) можуть провести на місці виконання завдань, у визначений час. Він, зазвичай, використовується для досягнення:

об'єктивної оцінки виконання завдання відповідно до встановлених вимог (стандартів);

визначення сильних та слабких сторін підготовки як окремих військовослужбовців, так і підрозділу в цілому;

розроблення пропозицій щодо покращення виконання завдання.

Військово-патріотична робота – це напрямок ІПЗ, який полягає у цілеспрямованій та плановій діяльності посадових осіб органів військового управління, командирів щодо формування в особового складу ЗС України патріотизму, національної самосвідомості, підтримання його морально-

психологічної і військово-професійної готовності і мотивації до виконання завдань за призначенням.

Порядок організації заходів військово-патріотичної роботи у Збройних Силах України визначено Указом Президента України від 18.05.2019 №286/2019 «Про Стратегію національно-патріотичного виховання» та Постановою Кабінету Міністрів України від 9 жовтня 2020 р. № 932 «Про затвердження плану дій щодо реалізації Стратегії національно-патріотичного виховання на 2020-2025 роки».

Культурологічна робота – це напрямок інформаційно-пропагандистського забезпечення, який полягає у цілеспрямованій діяльності посадових осіб органів військового управління, командирів (начальників) щодо організації заходів дозвілля і відпочинку військовослужбовців, працівників Збройних Сил України та членів їх сімей.

Вона ґрунтується на засадах української культури та мистецтва, багатовікових національних звичаях і традиціях.

Культурологічна робота реалізується шляхом проведення культурно-мистецьких заходів, які спрямовані на формування та підтримання стійкого морально-психологічного стану, зняття негативних емоційних наслідків, відновлення моральних, психічних та фізичних сил, мобілізації особового складу військ (сил) на успішне виконання завдань за призначенням.

Забезпечення технічними засобами пропаганди – це комплекс організаційних, фінансово-економічних, техніко-експлуатаційних обліково-операційних та інших заходів, спрямованих на укомплектування військових частин технічними засобами пропаганди відповідно до штатно-табельної потреби.

Забезпечення технічними засобами пропаганди реалізується шляхом:
своєчасного та повного забезпечення військ (сил) технічними засобами пропаганди відповідно до встановлених норм та потреб;
оптимального їх розподілу у військових частинах (підрозділах);
їх правильної експлуатації та обслуговування;
впровадження передового досвіду їх використання (удосконалення, модернізації).

6. Психологічне забезпечення.

Психологічне забезпечення – цілеспрямована діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), службових осіб структур МПЗ з метою психологічного відбору, формування, підтримання і відновлення в особового складу військ (сил) психологічної готовності до виконання завдань, емоційно-вольової стійкості до негативних психологічних чинників у будь-яких умовах обстановки, зниження психогенних втрат та збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

Напрямами Системи МПВ з психологічного забезпечення є:

Під час повсякденної діяльності:

- соціально-психологічне діагностування;
- психологічна підготовка;
- психологічний супровід;

- індивідуальна робота з військовослужбовцями.

У ході виконання завдань за призначенням:

- цільова психологічна підготовка;
- психологічний супровід;
- індивідуальна робота з військовослужбовцями.

Під час відновлення боєздатності:

- заходи психологічної декомпресії.

Під час повсякденної діяльності:

- соціально-психологічне діагностування проводиться:–

У ОВК (РВК) ТЦК та СП:

з громадянами України, які приймаються (призиваються) на військову службу: з призовниками двічі на рік під час призову; з кандидатами на військову службу за контрактом постійно (за наявності).

У навчальних центрах:

з військовослужбовцями строкової військової служби двічі на рік під час призову; з кандидатами на військову службу за контрактом щомісячно проводяться заходи психологічного вивчення.

У військових частинах:

з військовослужбовцями строкової військової служби щомісячно проводяться заходи психологічного вивчення та заходи ППВ з тими хто виявив бажання проходити військову службу за контрактом.

Крім цього у всіх військових частинах (підрозділах) щомісячно проводиться оцінювання МПС особового складу військовослужбовців, які залучаються до несення служби зі зброєю, щоденно з особовим складом, який залучається до вартової служби.

- психологічна підготовка реалізується шляхом формування і розвитку у військовослужбовців відповідних знань, умінь, навичок, спроможностей і досвіду, згуртованості підрозділів, які забезпечують їх психологічну готовність до організованих, ініціативних та активних дій в бою (операції), стійкість до бойових стрес-факторів і негативних психологічних чинників, проводиться відповідно до розкладів занять у взаємодії з іншими предметами бойової підготовки.

- психологічний супровід реалізується шляхом постійного здійснення комплексу організаційних, психологічних, медичних, соціальних, реабілітаційних заходів, спрямованих на подолання особовим складом військ (сил) психотравмуючих факторів бойової (оперативної) обстановки, збереження їх психічного здоров'я і боєздатності, формування звичок здорового способу життя, забезпечення соціального захисту і гарантій військовослужбовців і членів їх сімей.

- індивідуальна робота з військовослужбовцями. Заходи індивідуальної роботи з військовослужбовцями проводяться командирами (начальниками) всіх рівнів, офіцерами структур з МПЗ щодо вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців, вирішення їх соціально-побутових проблем.

Під час виконання завдань за призначенням:

- **цільова психологічна підготовка** проводиться під час комплексної підготовки до виконання поставленого бойового завдання, шляхом моделювання умов під час підготовки, наближених до реальних умов виконання визначеного бойового завдання.

- **психологічний супровід** реалізується за рахунок роботи груп оперативної психологічної підтримки (допомоги) «Чарлі», високомобільних груп внутрішніх комунікацій «Альфа» та офіцерів-психологів військових частин, за їх відсутності офіцерами структур з морально-психологічного забезпечення.

За результатами роботи визначаються військовослужбовці, які в подальшому потребують психологічної реабілітації, або додаткового обстеження. Доцільно проводити тренінги по саморегуляції, наданню першої психологічної допомоги, проводити індивідуальні консультації за потребою.

- **індивідуальна робота з військовослужбовцями** проводиться командирами (начальниками) всіх рівнів, офіцерами структур з МПЗ щодо вивчення морально-психологічного стану військовослужбовців, вирішення їх соціально-побутових проблем, надання допомоги військовослужбовцям, які перебувають в депресивно-пригніченому стані. Проводяться постійно з усіма військовослужбовцями, а з тими, що потребують додаткової уваги – щоденно.

З метою якісної організації індивідуальної роботи з особовим складом Повітряних Сил Збройних Сил України видано Директиву командувача Повітряних Сил Збройних Сил України від 15.12.2017р. «Про організацію індивідуального впливу на особовий склад Повітряних Сил Збройних Сил України».

Індивідуальний вплив на особовий склад - це системна, цілеспрямована діяльність командирів (начальників), їх заступників, медичних працівників, психологів, військових священиків (капеланів) та інших учасників внутрішньо-комунікаційного процесу щодо впливу на психіку та поведінку конкретної особистості з урахуванням її індивідуальних психологічних, психофізіологічних, соціально-демографічних та інших особливостей, умов повсякденного життя та службової діяльності в інтересах її всебічного вивчення та розвитку для успішного виконання завдань за призначенням.

Під час відновлення боєздатності:

проводяться заходи психологічної декомпресії.

Заходи психологічної декомпресії проводяться в період відновлення боєздатності підрозділів після завершення виконання бойового завдання, тривалість проведення складає від 3 до 7 діб, психологічна декомпресія може проводитися в пунктах постійної дислокації військових частин та на полігонах. Основні елементи психологічної декомпресії:

медичний огляд; психологічне діагностування (скринінг); психологічна едукація (просвіта);

психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості; соціальна реадаптація.

Забезпечення належного стану військової дисципліни та правопорядку.

Якщо розглядати передбаченою Системою діяльність посадових осіб з

питань *забезпечення належного стану військової дисципліни та правопорядку* то основними заходами передусім будуть:

- розгляд проблем зміцнення морально-психологічного стану особового складу, військової дисципліни та служби військ (раз у період);
- проблемно-цільова робота у відстаючих військових частинах, підрозділах (для тих, хто має підпорядковані військові частини, підрозділи);
- загальне соціально-психологічне вивчення індивідуальних якостей та психологічних особливостей військовослужбовців, які залучаються до несення вартової служби, бойового чергування, водіїв автотранспорту (щомісяця);
- прийом особового складу та відвідувачів (двічі на місяць);
- щоквартальні «Вечори запитань та відповідей» з військовослужбовцями за категоріями та членами їх сімей;
- навчання та обмін досвідом роботи щодо практики зміцнення військової дисципліни Цикл занять по правовому навчанню всіх категорій;
- підсумки стану військової дисципліни проводяться щоквартально, щомісячно, щотижнево;
- видання щомісячних наказів про підсумки стану військової дисципліни.
- вважати профілактику пияцтва одним із основних напрямів роботи щодо профілактики правопорушень, яка забезпечується проведенням комплексу заходів організаційного, виховного, психологічного, правового характеру;
- організовувати роз'яснювальну роботу серед особового складу підпорядкованих органів військового управління, військових частин, спрямовану на недопущення вживання алкогольних напоїв у службовий час, появи на службі в нетверезому стані, проведення на території військових частин будь-яких заходів, пов'язаних із вживанням алкогольних напоїв, а так само появи у громадських місцях у п'яному вигляді;
- не допускати до виконання службових обов'язків (роботи) за посадами і негайно відсторонювати від виконання будь-яких обов'язків військової служби (трудової діяльності), виконання бойових завдань, несення бойового чергування, внутрішньої та вартової служби, експлуатації зброї та техніки військовослужбовців та працівників Збройних Сил України, які мають ознаки алкогольного сп'яніння;
- активізувати діяльність військових (трудових) колективів щодо усунення причин та умов, які сприяють виникненню пияцтва та алкоголізму. Випадки порушень військової (трудової) дисципліни або громадського порядку, вчинених унаслідок зловживання алкогольними напоями, обов'язково розглядати на зборах військового (трудового) колективу військовослужбовців (працівників);
- залучати до заходів морально-психологічного забезпечення відносно військовослужбовців (працівників), схильних до зловживання алкогольних напоїв, їх близьких родичів (за їх згодою);
- приймати рішення щодо накладення дисциплінарних стягнень за неналежне виконання службових обов'язків та позбавлення премії повністю за вживання алкогольних напоїв на території військових частин як у службовий, так і в позаслужбовий час, прибуття на службу (роботу) в нетверезому стані,

порушення громадського порядку в стані алкогольного сп'яніння;

- у разі виявлення військовослужбовців у стані алкогольного сп'яніння на території військової частини або під час виконання службових обов'язків складати адміністративні протоколи та передавати їх до суду.

Організація військово-соціального забезпечення та душпастирської опіки.

Військово-соціальна робота являє собою систему організаційних заходів з реалізації нормативно визначених прав і пільг військовослужбовців, членів їхніх сімей, цивільного персоналу частин та закладів ЗС України, забезпечення їм компенсації за особливі умови професійної праці та життєдіяльності.

Об'єктом військово-соціальної роботи виступають:

громадяни України на етапі припису до ЗС України;

військовослужбовці, що проходять дійсну військову службу за призовом або за

контрактом – рядовий, сержантсько-старшинський склад, офіцери;

працівники ЗС України;

військовослужбовці запасу та у відставці;

члени сімей всіх означених категорій.

Суб'єктами військово-соціальної роботи виступають:

органи військового управління та посадові особи керівного складу;

органи та посадові особи структурних підрозділів морально-психологічного забезпечення;

служби частин та гарнізонів, що причетні до вирішення соціальних проблем: продовольча, речова, фінансова, квартирно-експлуатаційна, медична, юридична тощо;

правоохоронні органи ЗС України, які призначені для нагляду за реалізацією соціальних прав і захисту гідності та інтересів і громадян, причетних до діяльності військ;

громадські організації та спілки.

Душпастирська опіка військовослужбовців — вид пастирського служіння конфесії, спрямований на духовну опіку та задоволення релігійних потреб військовослужбовців і працівників Збройних Сил України, які, з огляду на характер виконуваної ними військової служби, у той чи інший спосіб зазнають обмежень у вільному сповідуванні своєї релігії та потребують духовної опіки.

Душпастирську опіку в Збройних Силах України здійснюють військові капелани.

Військові священики (капелани) - фізичні особи, які мають духовну освіту, є священнослужителями зареєстрованої в Україні релігійної організації, пройшли відбір та прийняті на роботу на посади працівників у військових частинах, військових навчальних закладах, установах та організаціях Збройних Сил України для задоволення релігійних потреб особового складу.

Виходячи з вищезазначеного шляхами реалізації Системи є:

- доповнення функціональних обов'язків посадових осіб переліком заходів Системи з визначенням термінів їх проведення;

- внесенням відповідних змін в розпорядки дня органів військового управління, військових частин, плани та програми підготовки;
- методичним забезпеченням посадових осіб та наданням практичної допомоги у проведенні заходів Системи;
- моніторингу, аналізу, визначення результативності роботи з корегуванням тих чи інших заходів для досягнення визначених цілей.

Тема 10. Психологічна реабілітація військовослужбовців, які отримали психічні травми внаслідок бойових дій.

- 1. Організація психологічного забезпечення, допомоги, супроводу та реабілітації у ЗСУ.*
- 2. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали психічні травми внаслідок бойових дій.*
- 3. Організація психологічної декомпресії військовослужбовців ЗСУ.*

Вступ.

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військових, так і мирних жителів), зростає вдвічі і сягає 15 - 20 %. При цьому, як свідчать дослідження, більшість осіб, які пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям; значна кількість людей із ПТСР одужає спонтанно.

Тож важливо не перебільшувати проблему, але водночас і не мінімізувати її. Важливо також усвідомлювати і те, що у значної частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я виникатимуть не одразу, а можуть з'явитися за якийсь час. Варто пам'ятати, що ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожні розлади, порушення контролю, спалахах злості та ін..

У значної частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в збройному конфлікті, спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів.

У міжнародній реабілітології є термін «якість життя», який пов'язаний зі станом здоров'я. Його розглядають як інтегральну оцінку і ефективність реабілітації. **ВООЗ пропонує оцінювати «якість життя» за такими параметрами:**

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значимість, професіоналізм;
- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забруднення, густозаселеність);
- духовність і особистісні переконання.

Концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, є системою заходів, спрямованих на швидке і максимально повне відновлення фізичного,

психологічного та соціального статусу пацієнта з метою активної інтеграції пацієнта в суспільство з досягненням для нього можливої соціальної та економічної незалежності. Одним з першочергових завдань Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я є впровадження комплексних, інтегрованих, ефективних систем охорони психічного здоров'я, в яких обов'язковими повинні бути такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення здоров'я.

Відомо, що найважливішим здобутком держави, що має стратегічне значення, та відображає тенденції економічного, політичного, соціального, правового розвитку і благополуччя країни, є здоров'я її громадян. В умовах, постійного зростання числа учасників бойових дій, проведення комплексу заходів з відновлювального лікування і подальшої соціальної інтеграції ветеранів антитерористичної операції та операції об'єднаних сил (далі АТО і ООС) в суспільство є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави.

Учасники збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації, а інваліди з їх числа можуть бути виділені в групу особливої соціальної значимості, оскільки серед ветеранів, які були вперше визнані інвалідами, понад половини - особи працездатного віку.

За даними Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників АТО (ООС), станом на початок 2022 року реабілітаційні центри надали соціально-психологічну допомогу більш ніж 20 тисячам військовослужбовців, які були демобілізовані після участі в АТО (ООС), та членам родин військовослужбовців Збройних Сил України. Санаторно-курортне лікування (кількість путівок) отримали більш ніж 5 тисяч військовослужбовців. Пройшли соціально-психологічну адаптацію (перенавчання) більш ніж 5 тисяч ветеранів. При цьому показники реабілітації військовослужбовців, які проходять військову службу за контрактом в Збройних Силах України, залишаються незадовільними.

Понятійно - термінологічний апарат.

Реабілітація – система державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності постраждалих і на якнайшвидше їх повернення у суспільство й до суспільно корисної праці.

Медико-психологічна реабілітація у Збройних Силах України являє собою комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямованих на збереження та відновлення психофізіологічних та психічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності військовослужбовців, які постраждали внаслідок екстремальних психогенних впливів під час виконання завдань у районі ведення бойових дій. Вона спрямована на збереження здоров'я, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових синдромів та хронічних психопатологічних змін особистості військовослужбовця, та має превентивну, клінічну, функціональну та психологічну форми.

Превентивна реабілітація – відновлення резервів здоров'я практично здорового військовослужбовця до «безпечного» рівня з використанням немедикаментозних засобів. Система заходів, яка проводиться медичною та психологічною службою та спрямована на підвищення ефективності діяльності військовослужбовців шляхом підвищення, якнайшвидшого відновлення у них психологічної пружності з урахуванням різноманітних психологічних чинників, що впливають на них в умовах ведення бойових дій, та застосування різних методів профілактики та лікування.

Клінічна (медична, або лікувальна) реабілітація – комплекс лікувально-діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на своєчасну і точну діагностику, госпіталізацію, а також відновлення і розвиток фізіологічних функцій постраждалого військовослужбовця, виявлення його компенсаторних можливостей, усунення патологічного процесу, попередження ускладнень, відновлення або часткову компенсацію втрачених функцій, протидію інвалідності, підготовку тих, хто одужує, й інвалідів до побутових і трудових навантажень, активного самостійного життя.

Функціональна (фізична) реабілітація – застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною і лікувальною метою в комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану і працездатності постраждалих військовослужбовців та інвалідів. Вона є складовою клінічної реабілітації і застосовується в усіх її періодах і етапах.

Психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами.

Соціальна реабілітація (реадаптація), як комплекс заходів, спрямована на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї й дієздатності. Цей процес націлений на відновлення не тільки здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але й самого соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених якимись причинами. Метою соціальної реабілітації є забезпечення соціалізації особистості й відновлення її до колишнього рівня, причому мова йде про відновлення не тільки здоров'я, але й соціального статусу особистості, правового становища, морально-психологічної рівноваги, упевненості в собі

Професійна реабілітація учасників бойових дій полягає у професійній орієнтації, професійній освіті, професійно-виробничій адаптації й працевлаштуванні.

Бойова психічна травма – патологічний стан центральної нервової системи, що виникає внаслідок впливу чинників бойового стресу та зумовлює регулювання поведінки особи, що постраждала, через патофізіологічні механізми.

Бойовий стрес – багаторівневий процес адаптаційної активності організму людини в умовах екстремальної (бойової) обстановки, який супроводжується

напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Бойовий стрес є передпатологічним дестабілізаційним станом, що вичерпує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної дії та стійких сомато-вегетативних дисфункцій.

Екстремальні (бойові) умови – умови службово-бойової діяльності особового складу, що знижують психологічну безпеку та загрожують життю і здоров'ю людей, здійснюють вплив стресфакторів (безпосередня загроза для життя, поранення, застосування зброї на ураження, присутність при загибелі людей, робота із залишками тіл, перебування в заручниках чи полоні, фізичне, психологічне та сексуальне насильство), унаслідок чого підвищується тривожність, емоційна напруженість, створюється психотравмуючий вплив на психіку людини.

Посилена психологічна увага – система комплексних заходів психологічного характеру, що здійснюються з визначеною групою осіб, які потребують першочергової психологічної допомоги у зв'язку з особливостями впливу на них стресогенних факторів службової і позаслужбової діяльності та навчально-виховного процесу, з метою своєчасної профілактики та попередження надзвичайних подій серед особового складу, підвищення рівня його адаптаційних можливостей до умов службово-бойової діяльності та забезпечення психологічного благополуччя, збереження психологічного і фізичного здоров'я, запобігання службовому та побутовому травматизму.

Посттравматичний стресовий розлад – відповідна реакція на надмірні емоційні подразники, на фактичну стресову ситуацію, що відбулася і виходить за межі звичайного людського досвіду. Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на кризову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру та може спровокувати виникнення дистресу в будь-якої людини.

Психологічна допомога – вид допомоги, що надається людині чи групі людей для відновлення необхідної якості психологічних станів, покращення функціонування психічних процесів, поведінки, спілкування та їх реалізації в груповій діяльності.

Психологічна корекція – цілеспрямований психологічний вплив на військовослужбовця для приведення його психічного стану до норми після виявлення в нього будь-яких психологічних відхилень (неклінічних порушень) та відновлення його здатності до виконання службових обов'язків.

Психологічна підтримка – система соціальнопсихологічних, психолого-педагогічних засобів, способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, спрямування зусиль особи на реалізацію власної професійної діяльності.

Психологічна просвіта – систематичне та організоване розповсюдження серед особового складу психологічної інформації з метою формування в нього розуміння закономірностей функціонування людської психіки і поведінки людей в екстремальних умовах, формування знання шляхів і способів управління

можливостями власної психіки, надання самопомоги і першої психологічної допомоги іншим військовослужбовцям, а також готовності і бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі необхідності.

Психологічне консультування – комплекс заходів, які застосовуються (за необхідності) для надання військовослужбовцям психологічної інформації, емоційної підтримки і уваги до їхніх переживань, що допомагають прийняти усвідомлене рішення та оцінити психологічні ресурси щодо бажаних поведінкових змін; допомоги, спрямованої на усвідомлення впливу стрес-факторів, розширення самосвідомості та підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми, підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності, засвоєння нових моделей поведінки.

Групове консультування – консультування, учасниками якого в якості отримувачів є двоє чи більше осіб з подібними складними життєвими обставинами або однаковим запитом щодо очікуваної допомоги.

Дистанційне консультування – заочне консультування, здійснюване суб'єктом, що надає соціальну послугу за запитами отримувачів за допомогою технічних засобів (телефонне, он-лайн консультування), яке за потреби забезпечує анонімність отримувача соціальної послуги.

Індивідуальне консультування – персональне консультування отримувача соціальної послуги, спрямоване на розвиток його компетентності щодо подолання складних життєвих обставин, мобілізацію ресурсів й потенціалу для подальшого запобігання їх виникненню.

Індивідуальний план надання соціальної послуги консультування (далі – індивідуальний план) – документ, складений на підставі комплексного визначення та оцінки індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги, в якому зазначено заходи, що здійснюватимуться для надання такої послуги, відомості про необхідні ресурси, періодичність і строки виконання, відповідальних виконавців, дані щодо моніторингу результатів та інформація стосовно перегляду індивідуального плану.

Інформаційно-мотиваційне консультування – консультування з метою надання отримувачу інформації та підтримки, що допомагають йому прийняти усвідомлене рішення й оцінити ресурси щодо бажаних поведінкових змін.

Консультування в стаціонарних умовах – контактне консультування отримувачів соціальної послуги, що здійснюється у спеціально обладнаному приміщенні, яке відповідає умовам, необхідним для забезпечення якісного консультаційного процесу, або за місцем перебування/проживання отримувача соціальної послуги (за потреби).

Консультування за принципом «рівний – рівному» – консультування, яке передбачає залучення до надання послуги у якості консультанта особи, вік, особливості стану здоров'я, сексуальна орієнтація, віросповідання, соціально-економічне становище якої такі самі, як в отримувача соціальної послуги, або із досвідом подолання таких самих складних життєвих обставин.

Консультування, орієнтоване на виконання завдання, – консультування, покликане допомогти отримувачу подолати визначені складні життєві обставини

через постановку послідовних завдань, виконання яких забезпечує досягнення бажаної мети.

Консультування – консультування (вид психологічної допомоги), яке здійснюється упродовж кількох зустрічей, кожна з яких триває близько 60 хвилин і передбачає цілеспрямований вплив на особистісний, поведінковий та інтелектуальний рівні функціонування особи, сім'ї.

Кризове консультування – консультування, що застосовується у разі необхідності надання отримувачам соціальної послуги, які перебувають у стані кризи, термінової допомоги, спрямованої на емоційну підтримку й увагу до їхніх переживань, усвідомлення впливу кризової ситуації, розширення свідомості та підвищення психологічної компетентності, зміну ставлення до проблеми (від «глухого кута» до «вибору рішення»), підвищення стресової та кризової толерантності, відповідальності отримувача, засвоєння нових моделей поведінки.

Моніторинг якості надання соціальної послуги консультування – це постійний чи періодичний перегляд діяльності працівників суб'єкта, що надає соціальну послугу, з метою оцінювання поточних результатів, виявлення труднощів, визначення проблем, надання рекомендацій для їх усунення.

Надавач соціальної послуги консультування (далі – надавач соціальної послуги) – фахівець/група фахівців у сфері надання соціальних послуг, психолог, педагогічний(і) працівник(и), який(які) безпосередньо проводить(ять) заходи, що становлять зміст соціальної послуги, використовуючи методики психологічних напрямів, шкіл і концепцій за вибором.

Психологічний супровід виконання службово-бойових завдань – комплекс заходів з підтримання оптимального стану психологічного здоров'я військовослужбовців під час виконання ними службово-бойових завдань шляхом формування їх психологічної стійкості до впливу стресових чинників, психологічної готовності до виконання завдань за призначенням та запобігання виникненню негативних психічних станів.

Психопрофілактика – комплекс організаційних, службових, правових, просвітницьких, соціально-економічних, психологічних та медичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розвитку психічних розладів, негативних психічних станів за допомогою створення сприятливих психологічних умов для навчання, виконання службово-бойових завдань, попередження психологічного виснаження, зниження рівня психологічної безпеки особистості, професійного вигорання та деформації особового складу, надання психологічної підтримки військовослужбовцям, особливо в період їх адаптації до військової служби, та тим, хто віднесений до групи посиленої психологічної уваги, з метою забезпечення їх високої працездатності та ефективності службово-бойової діяльності.

Психотравматична ситуація – екстремальна критична подія, яка має значний негативний вплив (екстремальний психогенний вплив) на особистість та за своїми наслідками вимагає надання психологічної допомоги та здійснення реабілітації.

Психологічне відновлення військовослужбовців – це комплекс заходів, що надається військовослужбовцям в період прибуття до пункту постійної дислокації військової частини після виконання завдань за призначенням із району бойових дій та перед відбуттям їх у відпустку.

Основні принципи реабілітації за видами:

- *принципи соціальної реабілітації* – етапність, диференційованість, комплексність, наступність, послідовність і безперервність у проведенні реабілітаційних заходів;

- *принципи медичної реабілітації* – безперервність, обґрунтованість, комплексність, доступність, гнучкість;

- *принципи професійної реабілітації* – інтегративність, фінальність, індивідуальність, локалізація;

- *принципи психологічної реабілітації*:

- партнерство – передбачає усіляке залучення пацієнта в лікувально-відновлювальний процес;

- різноплановість зусиль – передбачає спрямованість реабілітаційного процесу на різні сфери життєдіяльності;

- єдність психосоціальних і біологічних методів впливу;

- безперервність і оптимальна тривалість реабілітаційних заходів;

- ступінчастість – передбачає створення «переходів» від одного реабілітаційного заходу до іншого;

- професійність – передбачає залучення до проведення заходів психофізіологічної реабілітації фахівців, що мають спеціальну підготовку з оцінки функціонального стану людини, володіють методами соціально-психологічного вивчення й психофізіологічного обстеження;

- обґрунтованість заходів – передбачає добір надійних, доступних і оптимальних методів психологічної реабілітації, перевірених багаторічною практикою, які можливо реалізувати в умовах знаходження пацієнта в лікувальній установі. Методи психологічної реабілітації слід обирати з урахуванням особливостей функціонального стану соматичної й психічної сфер військовослужбовця після бойової травми й призначеної лікарем терапії;

- індивідуальність – передбачає в процесі її планування й проведення ведення обліку рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості і переносимості клієнтами різних медикопсихологічних методів.

1. Організація психологічного забезпечення, допомоги, супроводу та реабілітації у ЗСУ.

На сьогодні **психологічне забезпечення** – це цілеспрямована діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), службових осіб структур МПЗ з метою **психологічного відбору, формування, підтримання і відновлення** в особового складу військ (сил) **психологічної готовності** до виконання завдань, емоційно-вольової стійкості до негативних психологічних чинників у будь-яких

умовах обстановки, зниження психогенних втрат та збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

Метою психологічного забезпечення в бойових умовах є:
досягнення високої бойової активності особового складу;
допомога військовослужбовцям в подоланні великих нервово-психічних навантажень;
формування вміння зберігати боєздатність в умовах дії психотравмуючих факторів бою.

Основні завдання психологічного забезпечення наведені в Настанові з морально-психологічного забезпечення підготовки та застосування Збройних Сил України.

Довідково: основними завданнями ПсЗ є:

оцінювання психологічних показників боєздатності підрозділів та військових частин, передусім моніторинг МПС особового складу військ (сил);

аналіз впливу психологічних чинників бою (бойових дій) на МПС та поведінку особового складу військ (сил);

моніторинг та прогноз розвитку соціальних процесів у військах (силах);

виявлення психологічних особливостей майбутніх бойових дій (операцій), врахування їх вимог до емоційно-вольових та психофізіологічних якостей військовослужбовців, злагодженості та згуртованості особового складу військ (сил);

забезпечення та створення соціально-психологічних умов для ефективного виконання особовим складом своїх службових обов'язків, налагодження та підтримка взаємодії з органами державної влади та місцевого самоврядування, громадськими (волонтерськими) організаціями з питань практичної реалізації соціальних та правових гарантій військовослужбовців та членів їх сімей;

сприяння в організації та проведенні заходів соціально-психологічної та професійної адаптації і реабілітації військовослужбовців;

соціально-психологічний аналіз управлінських рішень діяльності командирів (начальників) з питань підтримання належного рівня МПС особового складу військ (сил);

аналіз психологічних аспектів тактики можливих дій противника, негативного ІПВ тощо;

виявлення осіб з нервово-психічною нестійкістю та вжиття психопрофілактичних і психокорекційних заходів;

прогнозування можливих бойових психогенних втрат особового складу;

планування, організація та проведення заходів психологічної підготовки (загальної, спеціальної, цільової) особового складу військових частин (підрозділів) до виконання бойових завдань у конкретних(суспільно-політичних, природно-кліматичних, географічних, ергономічних, екстремальних) умовах обстановки;

формування та утвердження оптимізму і впевненості особового складу в своїх силах, можливості виконати поставлене завдання;

навчання особового складу психологічним методам надання само та взаємодопомоги;

вжиття заходів психологічного відбору особового складу для комплектування, доукомплектування, поповнення підрозділів та військових частин тощо.

Психологічне забезпечення здійснюється за напрямками:

- соціально-психологічне діагностування;
- психологічна підготовка;
- соціально-психологічний супровід.

Соціально-психологічне діагностування реалізується шляхом: психологічного відбору та соціально-психологічного вивчення особового складу, прогнозування ефективності його професійної дієздатності та доцільним розподілом за функціональним призначенням; здійснення аналізу психологічного змісту завдань та психологічних умов їх виконання; оцінювання морально психологічного стану особового складу військ (сил) та прогнозування динаміки можливих його змін; системного використання методів виявлення та вимірювання ступеня психотравмованості військовослужбовців тощо.

У 2021- 22 році відповідно рішення заступника Міністра оборони України продовжувалось випробування **Мобільного психолого-діагностичного комплексу (МПДК)** (рішення заступника Міністра оборони України з питань євроінтеграції від 28.01.2020 року №19864/з/1-2019) , який повинен в свою чергу забезпечувати здійснення психологічного та психофізіологічного обстеження особистості, оцінки морально-психологічного стану особового складу, рівня стресостійкості і психологічної готовності до виконання службових навчальних і бойових завдань, психодіагностичне тестування військових фахівців різних спеціальностей, в польових умовах та за межами місць постійної дислокації військових частин.

Психологічна підготовка особового складу реалізується шляхом формування і розвитку у військовослужбовців відповідних знань, умінь, навичок, спроможностей і досвіду, згуртованості підрозділів, які забезпечують їх психологічну готовність до організованих, ініціативних та активних дій в бою (операції), стійкість до бойових стрес-факторів і негативних психологічних чинників.

Психологічна підготовка особового складу є предметом бойової підготовки та планується і здійснюється в загальній системі бойової підготовки, що у свою чергу складає основу її успішності.

Основною метою психологічної підготовки є формування у особового складу психічної стійкості та психологічної готовності до бою (виконання завдань за призначенням).

Основні завдання психологічної підготовки вказані в наказі Генерального штабу Збройних Сил України від 27 квітня 2018 року №173 дск та Головнокомандувача Збройних Сил України від 23 жовтня 2020 року №173.

Довідково: головні завдання психологічної підготовки:

забезпечення стійкої психологічної готовності військовослужбовців до захисту Батьківщини, до рішучих дій під час виконання навчальних завдань, готовності до ризику та зустрічі з небезпекою;

формування у військовослужбовців психічної стійкості до психотравмуючих факторів сучасної війни, тривалих перевантажень;

навчання військовослужбовців методам попередження психотравмування, саморегуляції, виявлення ознак отримання психологічних травм;

навчання військовослужбовців надавати першу психологічну допомогу;
створення передумов високої бойової активності військовослужбовців;
адаптація військовослужбовців до бойових умов, їх навчання основним способам самозахисту;

зниження психологічних травм, підвищення рівня професійних і бойових навичок та вмінь, фізіологічної і психологічної витривалості військовослужбовців.

Основними принципами психологічної підготовки є:

патріотична спрямованість, формування негативних установок до противника;
моделювання в ході розв'язання навчально-бойових завдань зовнішньої картини бою (бойових умов);

натуралізація у створенні бойових умов, що викликає у особового складу реальні психічні стани бойової підготовки, яка передбачає включення під час виконання навчально-бойових (бойових) завдань елементів ризику та небезпеки;

психологічне загартування – максимальне напруження духовних, психічних, психологічних і фізичних сил, недопущення розслаблення;

психологічне протистояння разом із вогневим, тактичним та іншими видами впливу, забезпечення можливості з відчуття впливу на себе;

безпека дій особового складу.

Залежно від цільових установок та ступеню охоплення особового складу розрізняють загальну, спеціальну та цільову психологічну підготовку.

Загальна психологічна підготовка призначена формувати і удосконалювати єдині для всіх військовослужбовців психологічні якості згідно з вимогами сучасної війни.

Загальна психологічна підготовка спирається на формування та розвиток політичної свідомості воїна, патріотизму, волі до перемоги та впевненості в ній, бойової активності та готовності до самопожертви. Загальна підготовка єдина для всіх видів Збройних Сил та родів військ.

Виконання завдань загальної психологічної підготовки досягається формуванням у військовослужбовців визначеної мотивації, спрямовується на навчання їх прийомам емоційно-вольової мобілізації, зняття негативних психічних станів, методам надання собі і співслужбовцям першої психологічної допомоги, способам виживання в екстремальних умовах, згуртування, злагодження, підвищення соціально-психологічної сумісності та стійкості військових підрозділів.

Спеціальна психологічна підготовка організується з метою розвитку специфічних військово-професійних якостей військовослужбовців відповідного роду військ (сил), напрацювання високої бойової активності та психологічної стійкості, навичок поведінки в екстремальних умовах.

Завдання **спеціальної психологічної підготовки** вирішується в процесі стрільб, пусків ракет, проведення тренувань та навчань в умовах, максимально наближених до бойових з метою розвитку у військовослужбовців сприяння професійної уваги, професійної пам'яті, здатності протистояти стресорам, характерним для конкретного роду військ (сил).

Цільова психологічна підготовка проводиться в інтересах адаптації психіки військовослужбовця до умов виконання конкретного бойового завдання, формування

бойового психічного стану, напрацювання чіткої внутрішньої установки на підготовку до конкретного бою.

Цільова психологічна підготовка проводиться в комплексі з тактичною (тактико-спеціальною) підготовкою особового складу.

Засобами психологічної підготовки є:

загальний процес бойової підготовки військ та його основні складові (вогнева, технічна, фізична, спеціальна, медична підготовка та ін.);

заняття на тренажерах, у спеціально обладнаних класах, смугах, у центрах психологічної підготовки.

Де які способи психологічної підготовки залежать від конкретної мети та матеріальної бази, специфічних вимог до підготовки особового складу конкретного виду та роду Збройних Сил, специфіки виконання завдань.

Наприклад:

вміла імітація вогню супротивника, створення реальної картини бою;

створення в обстановці навчань та польових занять елементів небезпеки та раптовості;

створення умов, коли необхідно вирішувати завдання в обмежений термін, при нестачі часу;

виконання вправ неповним підрозділом, недостатньо озброєними та дієздатними військовослужбовцями.

Способи психологічної підготовки знаходять своє відображення в основних методах, які поділяють на вербальні та практичні.

Вербальні методи умовно складаються з методу переконання, методу навіювання та психологічного консультування військовослужбовців.

Практичні методи вбирають в себе моделювання психологічних факторів (чинників) бою, психологічні вправи і тренування, метод аварійних ситуацій, метод стресових впливів, метод вольової регуляції.

Формами психологічної підготовки особового складу до бойових дій (виконання завдань за призначенням) є систематичне та організоване розповсюдження серед військовослужбовців психологічної інформації з метою формування у них розуміння закономірностей функціонування людської психіки і поведінки людей в екстремальних умовах бойової обстановки, знання шляхів і способів управління можливостями власної психіки та надання психологічної допомоги іншим військовослужбовцям (психологічна просвіта) під час заняття з **предметів бойової підготовки**, орієнтованих на розвиток необхідних психологічних якостей та станів.

Існує типовий порядок виконання практичних занять з предметів загальновійськової підготовки тривалістю до 15 хв. з надання психологічної допомоги військовослужбовцям під час ведення бойових дій

спеціальні форми: психотренінги, прийоми психологічної саморегуляції тощо.

Загальна схема психологічного супроводу щодо забезпечення високої ефективності бойової діяльності вміщує:

- **прогнозування психологічного змісту умов діяльності**, вивчення її вимог до психологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних якостей військовослужбовців;

- розподіл особового складу підрозділів (екіпажів, обслуг, бойових постів) з урахуванням їх психологічної сумісності, рівня боєздатності, професійної підготовленості;

- психологічна підготовка особового складу до дій в конкретних бойових умовах;

- психологічна допомога військовослужбовцям в подоланні психотравмуючих факторів бойових обставин, психореабілітація осіб, які отримали психотравму;

- соціально-психологічна реадаптація учасників бойових дій в систему зв'язків і відносин мирного часу.

Психологічний супровід реалізується шляхом здійснення комплексу організаційних, психологічних, медичних, соціальних, реабілітаційних заходів, спрямованих на подолання особовим складом військ (сил) психотравмуючих факторів бойової (оперативної) обстановки, збереження їх психічного здоров'я і боєздатності, формування звичок здорового способу життя, забезпечення соціального захисту і гарантій військовослужбовців і членів їх сімей.

Визначає:

- принципи та порядок функціонування пунктів;
- основні завдання;
- склад адміністрації;
- типові обов'язки посадових осіб;
- рекомендований психологічний інструментарій;
- перелік обладнання



Положення
про пункти
психологічної
допомоги у
Збройних Силах
України

Наказ ГК ЗСУ від
28.07.2020 № 99

Склад адміністрації пункту:

- ✓ офіцери МПЗ;
- ✓ офіцери-психологи;
- ✓ капелани (за потреби);
- ✓ військовослужбовці (працівники ЗСУ), які мають відповідну освіту (підготовку);
- ✓ посадові особи, які мають навички з надання психологічної допомоги (за потреби).

➤ Термін перебування на ППсхД – до 3 діб

➤ Пропускна спроможність ≥ 4 осіб на добу

Обладнання пунктів:

- ✓ палатка з обігрівачем, ліжками та предметами меблів;
- ✓ АРМ (ноутбук), валіза психолога;
- ✓ побутове обладнання



Фото пункту психологічної допомоги амбр

Найважливішим елементом соціально-психологічного супроводу є первинна психологічна допомога особовому складу військ (сил), психологічна декомпресія та реабілітація військовослужбовців у взаємодії з відповідними міністерствами і відомствами щодо забезпечення соціального захисту військовослужбовців.

Психологічна декомпресія

Після виведення військових частин
(підрозділів) з районів виконання
завдань

МЕТА - поступове переключення механізмів реагування в екстремальних (бойових) умовах до мирних умов життєдіяльності; стабілізація психоемоційного стану, профілактика розвитку психогенних розладів.

Завдання:

- аналіз психологічного та фізичного стану особового складу;
- зняття внутрішнього напруження, психологічна та фізична розрядка;
- профілактика виникнення дистресових станів;
- опанування методами психологічної саморегуляції та заземлення;
- підготовка військовослужбовця до зустрічі з сім'єю та найближчим оточенням.

Інструкція з організації психологічної декомпресії

Наказ ГШ ЗСУ від 27.12.2018 № 462

Психологічна допомога розглядається як комплекс психологічних, організаційних, медичних заходів спрямованих на забезпечення успішного перенесення військовослужбовцями психотравмуючих факторів бойових обставин, збереження боєздатності і попередження розвитку у них посттравматичних стресових розладів, як показано на слайді .

Основними формами робіт щодо надання психологічної допомоги є:

- а) психологічне інформування;
- б) психодіагностика;
- в) психопрофілактика;
- г) психологічна корекція;
- д) психотерапія;
- ж) психореабілітація.

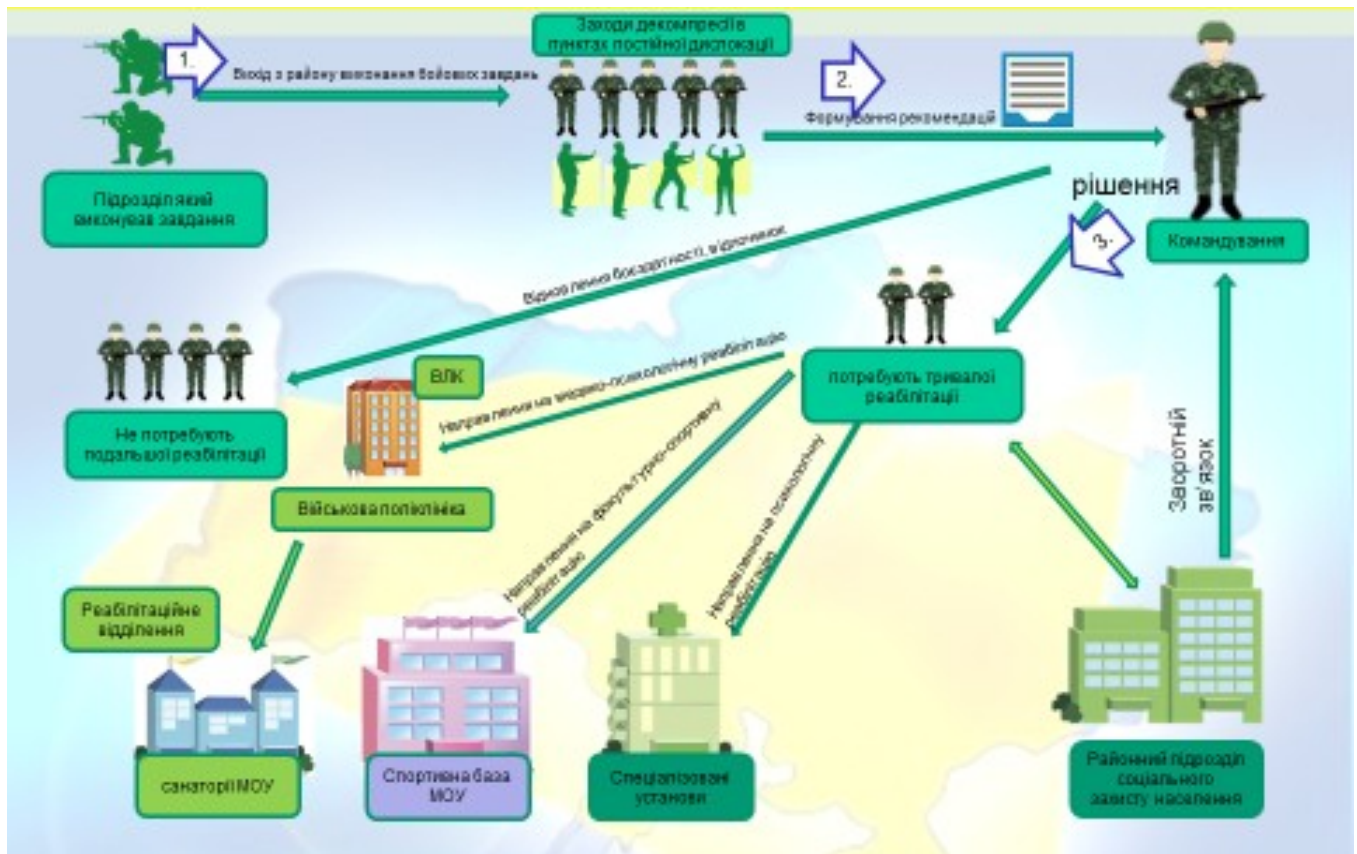
В залежності від форм виявлення негативних психологічних наслідків бойового стресу, військові психологи застосовують методи:

поведінкової психотерапії, яка дозволяє позбутися від набутих в ході бою неадекватних форм поведінки і повернутися до прийнятих в суспільстві норм;

когнітивної психотерапії, яка дозволяє впливати на особливості уявлень військовослужбовця про навколишню дійсність;

психосоціальні – головна увага якого приділяється підтримці військовослужбовця з боку соціального оточення, військового підрозділу, командування і суспільства.

Ефективність результатів соціально-психологічного супроводу має прямий зв'язок з комплексною реалізацією заходів соціального та правового захисту військовослужбовців та членів їх сімей, перш за все, учасників бойових дій у взаємодії з державними органами влади, місцевого самоврядування, громадськими (волонтерськими) організаціями тощо.



На слайді показана організація психологічної реабілітації, яка існує на даний час у Збройних Силах України. По цьому алгоритму командири в свою чергу направляють своїх військовослужбовців згідно наказу Міністерства оборони України від 09 грудня 2015 року № 702 (зі змінами).

2. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали психічні травми внаслідок бойових дій.

Участь у військових подіях є потужним стресом, що призводить до функціональних порушень організму, розвитку соматичних захворювань і виникненню патологічних реакцій. З огляду на те, що в організації медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій на сьогодні немає єдиних методологічних підходів, а визначені тільки окремі напрямки теорії і практики з цієї проблеми, існує необхідність розробки оптимального варіанту проведення медико-психологічних реабілітаційних профілактичних заходів.

Медична та психологічна реабілітація тісно пов'язані між собою, доповнюють одна другу і не повинні протиставлятися. При цьому слід розуміти, що медико-психологічна реабілітація не є доліковуванням. Її необхідно починати ще за наявності передпатологічних психічних змін, викликаних екстремальним психогенним впливом. Вона має проводитися починаючи з самих ранніх стадій формування психопатології, а особливо активно — на завершальних етапах лікування та після нього. На донозологічному

рівні, коли психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовується психокорекція, а за наявності сформованого психічного захворювання – психотерапія.

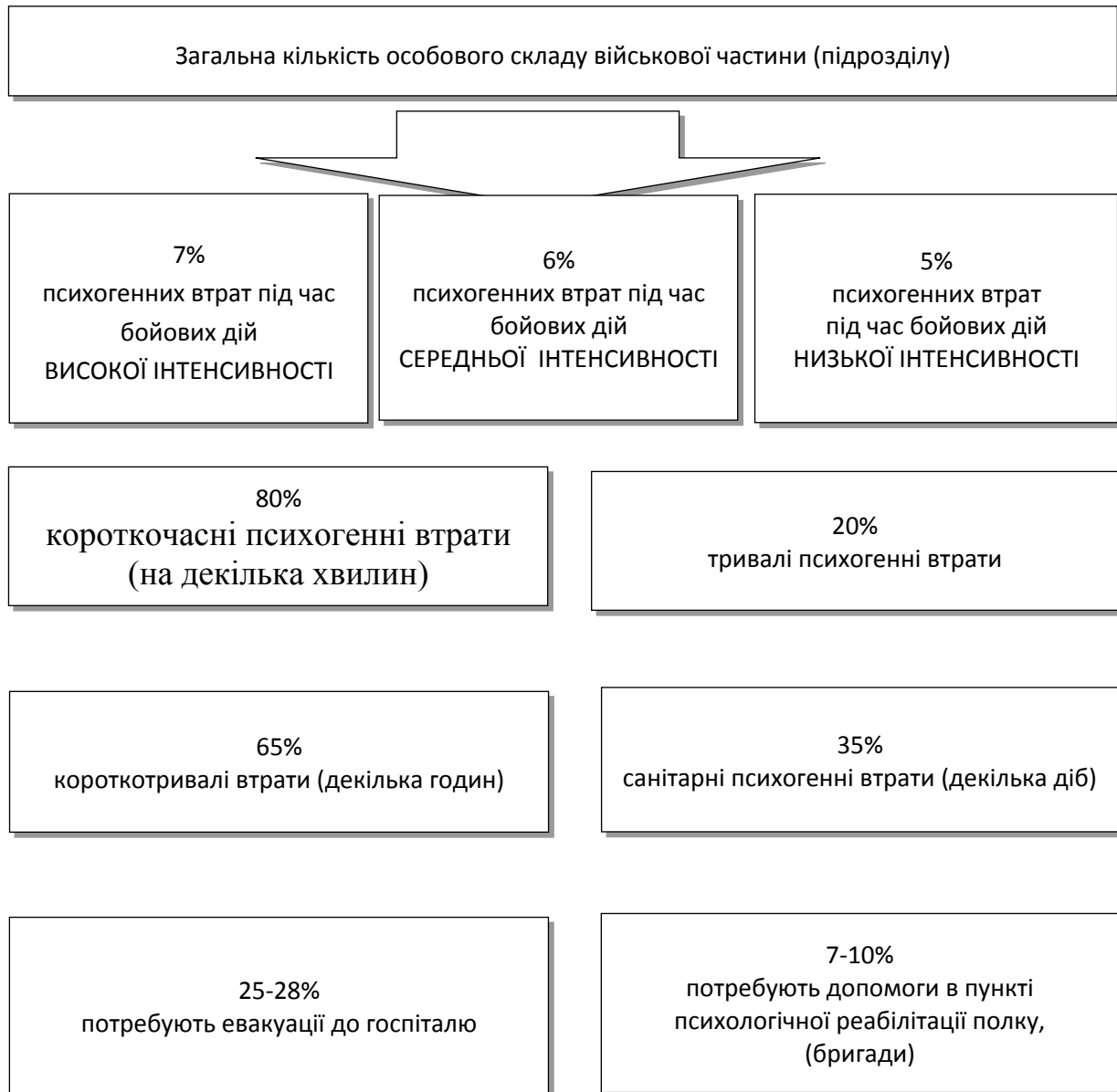
2.1. Алгоритм розрахунку психогенних втрат.

Відповідно до додатку 3 до Тимчасової настанови з морально-психологічного забезпечення підготовки та застосування Збройних Сил України (пункт 5.6.1)

ВАРІАНТ РОЗРАХУНКУ БОЙОВИХ ПСИХОГЕННИХ ВТРАТ

№	Визначення інтенсивності бойових дій	Розрахунок особового складу, який безпосередньо приймає участь у бойових діях	Рівень інтенсивності бойових дій	Розрахунок загальної кількості психогенних втрат (від загальної кількості особового складу)
1	Має місце масоване застосування високоточної зброї, авіації, реактивних систем залпового вогню,	Весь особовий склад військової частини, підрозділу	висока	7%
2	Мають місце дії в оточенні, у відриві від головних сил, вночі, на складній місцевості, з форсуванням водної перешкоди	Розвідувальні, механізовані, танкові, артилерійські, мінометні підрозділи військової частини	середня	6%
3	Не відповідає критеріям п.1-2.		низька	5%
З числа загальної кількості психогенних втрат: 80% - короточасні психогенні втрати (на декілька хвилин); 20% - тривалі психогенні втрати, з них: 65% - короткотривалі втрати (декілька годин). Потребують відпочинку, сну, психологічної підтримки; 35% - санітарні психогенні втрати (декілька діб), з них: 7-10% - потребують допомоги в пункті психологічної реабілітації полку, бригади; 25-28% - потребують евакуацію до госпіталю.				

АЛГОРИТМ РОЗРАХУНКУ ПСИХОГЕННИХ ВТРАТ



Приклад: під час інтенсивних бойових дій з загальної кількості особового складу у 1000 військовослужбовців бригадної тактичної групи 72 омбр загальна кількість психогенних втрат становитиме 70 осіб (7%).

З цього числа – 56 осіб (80%) короткочасні психогенні втрати (на декілька хвилин);

24 військовослужбовці (20%) тривалі психогенні втрати, з них визначено:

16 осіб (65%) - короткотривалі втрати (декілька годин);

8 осіб (35%) - санітарні психогенні втрати (декілька діб), з них:

2 військовослужбовці (25-28%) потребують евакуацію до шпиталю;

можливо 1 (7-10%) - потребуватиме допомоги в пункті психологічної реабілітації полку, бригади.

2.2. Наказ Міністерства Оборони України від 09.12.2015 р.

«Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)»

«Алгоритм дій командирів військових частин (підрозділів) щодо направлення військовослужбовців в рамках реалізації Державної програми обов'язкової психологічної реабілітації»

Затверджений начальником ГШ ЗС України від 04.01.2017 р.

Організація командирами військових частин (підрозділів)
роботи щодо направлення військовослужбовців на обов'язкову
психологічну реабілітацію:

1. За три тижні до виведення військової частини з району антитерористичної операції підготувати попередню заявку до Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України за підпорядкованістю щодо необхідної кількості ліжко-місць для особового складу підрозділів у реабілітаційних центрах, попередні терміни початку проведення заходів відновлення боєздатності та місце їх проведення.

2. Не пізніше як за два дні до виведення військової частини на відновлення отримати за підпорядкуванням відповідну інформацію про центри психологічної реабілітації, які визначено для надання послуг з психологічної реабілітації та підготувати графік відправки підрозділів (окремих військовослужбовців) до реабілітаційних центрів для проведення заходів психологічної реабілітації, а також уточнити інформацію про позаштатну (спеціалізовану) групу психологічної реабілітації.

3. Після прибуття військової частини (підрозділу) до місця проведення заходів відновлення боєздатності організувати взаємодію з старшим позаштатної мобільної групи психологічної реабілітації щодо проведення психологічного обстеження особового складу підрозділів та визначення першочергових заходів, які потрібно провести.

4. Напередодні відправки підрозділу до реабілітаційного центру організувати взаємодію з представником реабілітаційного центру щодо його готовності до прийому та проведення заходів психологічної реабілітації, підготувати список особового складу підрозділу, який направляється на реабілітацію, витяги з наказів командира частини, про залучення зазначених у списку військовослужбовців до участі в антитерористичній операції, проінструктувати командира підрозділу щодо порядку доповідей про прибуття та виконання заходів психологічної реабілітації.

Особовий склад до центрів психологічної реабілітації можуть направлятися як автомобільним транспортом військової частини так і громадським залізничним транспортом.

5. Після прибуття особового складу із центру психологічної реабілітації отримати доповідь командира підрозділу про проведені заходи, морально-

психологічний стан особового складу та його готовність до виконання завдань відновлення боєздатності.

6. Після закінчення проведення заходів психологічної реабілітації у всіх підрозділах відповідно до графіку доповідати по команді його результати.

Центри психологічної реабілітації (реабілітаційні центри) - реабілітаційні установи, з якими Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції уклала (продовжила) договори на надання послуг з психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції у відповідному році.

3. Організація психологічної декомпресії військовослужбовців збройних сил України.

Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 27.12.2018 р.

ІНСТРУКЦІЯ

з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України

1. Загальний розділ

1.1. Психологічна декомпресія – це комплекс психологічних та медикопсихологічних заходів, які здійснюються після виведення військової частини (підрозділу) з району виконання завдань за призначенням для відновлення психофізіологічного стану та реадаптації військовослужбовців.

1.2. Мета проведення психологічної декомпресії – поступове переключення механізмів реагування в екстремальних (бойових) умовах до мирних умов життєдіяльності; стабілізація психоемоційного стану, профілактика розвитку психогенних розладів.

1.3. Завдання проведення психологічної декомпресії:

- аналіз психологічного та фізичного стану особового складу;
- зняття внутрішнього напруження, психологічна та фізична розрядка;
- профілактика виникнення дистресових станів;
- опанування методами психологічної саморегуляції та заземлення;
- підготовка військовослужбовця до зустрічі з сім'єю та найближчим оточенням.

1.4. Основні елементи психологічної декомпресії:

- медичний огляд;
- психологічне діагностування (скринінг);
- психологічна едукція (просвіта);
- психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості;
- соціальна реадаптація.

2. Загальні питання з організації та планування заходів психологічної декомпресії

2.1. Заходи з психологічної декомпресії організовуються органом військового управління, в підпорядкуванні якого знаходиться військова частина (підрозділ). До проведення заходів залучаються фахівці структур морально-

психологічного та медичного забезпечення, військові капелани, а також в разі потреби – спеціалісти за іншими напрямками.

2.2. За 10 діб до початку проведення заходів психологічної декомпресії наказом начальника органу військового управління, в підпорядкуванні якого знаходиться військова частина, призначається склад робочої групи з проведення заходів психологічної декомпресії (далі – робоча група). Ця інформація надається до Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України та Головного військово-медичного управління.

За 2 доби до початку проведення заходів психологічної декомпресії старший начальник структур морально-психологічного забезпечення організовує проведення інструктажу та занять з особовим складом робочої групи. До складу робочої групи забороняється включати військовослужбовців, які разом з особовим складом виконували завдання в екстремальних (бойових) умовах.

2.3. Перед початком проведення заходів психологічної декомпресії керівному складу військової частини провести аналіз щодо:

- кількості втрат (бойових та інших загиблих);
- кількості правопорушень;
- укомплектованості підрозділів;
- наявності осіб з ознаками психологічних розладів;
- складу групи посиленої психологічної уваги, їх соціальнодемографічних даних.

Результати аналізу надати робочій групі в день прибуття для врахування в роботі. Метою проведення відповідного аналізу є дистанційне визначення підрозділів, які потребують найбільшої уваги під час планування заходів психологічної декомпресії. Також під час планування необхідно враховувати рекомендації офіцерів структур морально-психологічного забезпечення щодо стану справ у військовій частині (підрозділі).

2.4. За одну-дві доби до початку прибуття підрозділів визначеної військової частини на місце проведення заходів психологічної декомпресії прибуває робоча група для здійснення організаційних та підготовчих заходів, які включають в себе:

- ознайомлення з територією, місцями проведення заходів;
- уточнення плану психологічної декомпресії;
- проведення наради з представниками керівного складу військової частини

щодо проведення заходів.

2.5. Старший робочої групи призначається з числа офіцерів структур морально-психологічного забезпечення, що підпорядковуються відповідному органу військового управління. На час виконання заходів старший робочої групи підпорядковується старшому начальнику з морально-психологічного забезпечення, який відповідає за проведення заходів та є безпосереднім начальником для всього особового складу робочої групи. Старший групи відповідає за планування та організацію роботи групи, своєчасне та якісне виконання заходів психологічної декомпресії, збір та узагальнення результатів роботи, надання доповіді за підпорядкуванням.

2.6. За організацію заходів психологічної декомпресії підпорядкованого особового складу та матеріально-технічне забезпечення їх проведення відповідає командир військової частини (підрозділу).

2.7. Психологічна декомпресія може проводитися в пунктах постійної дислокації військових частин та на загальновійськових полігонах.

2.8. План проведення психологічної декомпресії, з урахуванням загального плану відновлення боєздатності військової частини, складається старшим робочої групи з урахуванням особливостей виконання завдань та обставин перебування військової частини (підрозділу) в екстремальних (бойових) умовах. План погоджується командиром військової частини. За результатами роботи до плану можуть вноситися відповідні зміни.

2.9. Під час проведення заходів психологічної декомпресії командирам військових частин забороняється залучати визначений особовий склад до занять з бойової підготовки, обслуговування озброєння, військової техніки та ін.

2.10. Чергові відпустки особовому складу надаються тільки після повного закінчення заходів психологічної декомпресії та медичного обстеження.

2.11. Мінімальна тривалість проведення заходів психологічної декомпресії становить три доби, (додаток 1). Рішення на їх продовження приймається старшим робочої групи та доводиться до командира військової частини. Максимальна тривалість психологічної декомпресії – до семи діб. 3. Проведення заходів психологічної декомпресії

3.1. Медичний огляд та психологічне діагностування (скринінг) проводяться з 100% особового складу військової частини (підрозділу). Ураховуючи неодночасність прибуття підрозділів, час на якісне проведення обстеження може продовжуватися протягом усього періоду проведення психологічної декомпресії.

Медичний огляд військовослужбовців здійснюється медичним персоналом. За необхідності до його проведення можуть залучатися спеціалізовані медичні групи за рішенням Головного військово-медичного управління. У разі виявленої гострої потреби військовослужбовці негайно направляються на консультацію до відповідних лікарів найближчих лікувальних закладів Міністерства оборони України, у інших випадках – після проходження психологічної декомпресії.

3.2. Психологічне діагностування (скринінг) – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців. Проводиться з метою визначення потреби військовослужбовців у психологічній декомпресії, уточнення оптимальних форм і методів її проведення. Здійснюється за визначеними методиками (додаток 2). За наявності ознак розладу психіки та поведінки, скарг, негативних результатів психологічного вивчення військовослужбовці направляються на консультування лікаря-психіатра для вирішення питання щодо стаціонарного обстеження та лікування в лікувальних закладах психоневрологічного (наркологічного) профілю.

3.3. Психологічна едукція (просвіта) – інформування особового складу для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних (бойових) умовах, різних моделей виходу з кризової ситуації.

3.4. Психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості – комплекс психологічних та психофізіологічних заходів, спрямованих на гармонізацію психоемоційного стану, зняття перевтоми, зняття негативних наслідків впливу психогенних факторів. Психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості військовослужбовців включає в себе комплекс групових та індивідуальних методів роботи (додаток 3). Для проведення заходів психоемоційного та психофізіологічного розвантаження використовуються відповідні вправи визначені в додатку 4.

3.5. Соціальна реадптація – процес пристосування соціальнопсихічних потреб військовослужбовців після виконання завдань за призначенням (бойових завдань) до повсякденних умов життєдіяльності. Він охоплює комплекс питань їх моральної, психологічної, практичної підготовки до життя в суспільстві, відновлення соціальних ролей, усунення або нейтралізації негативних чинників, що перешкоджають поверненню до існування в умовах не пов'язаних з ризиком для життя. 4. Після завершення проведення психологічної декомпресії

4.1. За результатами роботи групи складається звіт та надаються рекомендації командирам (начальникам) щодо організації та проведення подальших заходів психологічного забезпечення підлеглого особового складу.

4.2. Рекомендації, які додаються до звіту робочої групи, включають у себе такі розділи:

- рекомендації щодо направлення на лікування (за медичними показниками, у тому числі з ознаками психічних розладів);
- персональні рекомендації щодо кожного військовослужбовця за результатами психологічного скринінгу;
- рекомендації черговості надання відпусток у підрозділі;
- рекомендовані заходи щодо подальшого відновлення фізичного та психічного стану (реабілітаційні заходи), необхідності зарахування до складу групи посиленої психологічної уваги;
- рекомендації щодо можливої зміни роду діяльності або підрозділу, де буде мінімізовано подальший негативний психологічний вплив.

Командування військової частини офіційно сповіщає обласний (районний) центр соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання сім'ї військовослужбовця про необхідність у проведенні соціального супроводу цієї сім'ї (у разі діагностування сімейних негараздів).

4.3. У десятиденний строк після проведення заходів психологічної декомпресії від органу військового управління, під керівництвом якого проводилися заходи психологічної декомпресії, до Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України за результатами подається доповідь, в якій вказуються результати психологічного скринінгу, проведені заходи та кількість охопленого кожним видом заходів особового складу, висновки за результатами проведеної роботи, позитивні моменти, проблемні питання та пропозиції щодо їх вирішення.

4.4. Узагальнена інформація за результатами проведеної роботи належить до категорії службової інформації.

Навчальне видання

Воєнна психологія: конспект лекцій

галузь знань «С. Соціальні та поведінкові науки»
спеціальність «С4. Психологія»
освітньо-професійна програма «Психологія»
перший (бакалаврський) рівень вищої освіти

Укладач:
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології, педагогіки та філології
Дмитро Приходько

Редактори:
А. А. Троян
Г. С. Положій

Комп'ютерна верстка
І. Г. Колесник

Видається в авторській редакції

Підписано до друку 15.04.2025 р. Формат 60х84/16.
Гарнітура «Times». Папір для мн. ап.
Ум. друк. арк. 7,67. Обл.-вид. арк. 8,52.

Адреса редакції і видавця:
ХДАК, Україна, 61057, м. Харків, Бурсацький узвіз, 4
тел. (057) 731-27-83. e-mail: rrv2000k@ukr.net.
Свідоцтво про держреєстрацію ДК №3274 від 04.09.2008 р.